

Série Saúde & Amazônia, 18

VIDAS INDÍGENAS
IMPORTAM!

PANDEMIA E TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS NA AMAZÔNIA:

percursos de uma
pesquisa em ato

ORGANIZADORES:

Júlio Cesar Schweickardt

Alcindo Antônio Ferla

Sônia Maria Lemos

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Ana Elizabeth Sousa Reis

editora



redeunida

PANDEMIA E TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS NA AMAZÔNIA:

percursos de uma
pesquisa em ato

ORGANIZADORES:

Júlio Cesar Schweickardt
Alcindo Antônio Ferla
Sônia Maria Lemos
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Ana Elizabeth Sousa Reis

1ª Edição
Porto Alegre, março de 2022
Rede UNIDA

REALIZAÇÃO:



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
FioCruz Amazônia



editora

redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA
Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial
Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados:

Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.
Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
Ángel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha.
Angelo Stefanini - Università di Bologna, Itália.
Ardigó Martino - Università di Bologna, Itália.
Berta Paz Llorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha.
Celia Beatriz Iriart - University of New Mexico, Estados Unidos da América.
Denise Bueno - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
Érica Rosalba Mallmann Duarte - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
Francisca Valda Silva de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.
Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil.
Héider Aurélio Pinto - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil.
João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
Júlio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil.
Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil.
Leonardo Federico - Universidad Nacional de Lanús, Argentina.
Lisiane Bôer Possa - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.
Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil.
Luciano Bezerra Gomes - Universidade Federal da Paraíba, Brasil.
Mara Lysiane dos Santos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.
Márcia Regina Cardoso Torres - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil.
Marco Akerman - Universidade de São Paulo, Brasil.
Maria Augusta Nicoli - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália.
Maria das Graças Alves Pereira - Instituto Federal do Acre, Brasil.
Maria Luiza Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.
Maria Rocineide Ferreira da Silva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil.
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Brasil.
Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
Rodrigo Tobias de Sousa Lima - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil.
Rossana Staevie Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil.
Sara Donetto - King's College London, Inglaterra.
Sueli Terezinha Goi Barrios - Associação Rede Unida, Brasil.
Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil.
Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil.
Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil.
Vera Maria da Rocha - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.
Vincenza Pellegrini - Università di Parma, Itália.



Comissão Executiva Editorial
Jaqueline Miotto Guarnieri
Renata Riffel Bitencourt
Alana Santos de Souza

Projeto Gráfico Capa e Miolo
Beast de Design
Diagramação
Junio Pontes

Arte da Capa
Rai Campos (Raiz)

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

S413m

Schweickardt, Júlio César (org.) et al.
Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato / Organizadores:
Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Sônia Maria Lemos, Thalita Renata Oliveira das Neves
Guedes e Ana Elizabeth Sousa Reis.

1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2022.
ISBN: 978-85-54329-57-0.

282 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.18). E-book: PDF
DOI: 10.18310/9788554329570.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Consórcios de Saúde. 3. Território Líquido. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

22-30180113

CDD 614:918.111
CDU 614 (811.3)

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde pública / Medicina preventiva / Prevenção contra epidemias; Amazônia.
2. Serviços de Saúde Pública; Região amazônica.

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Copyright 2022 Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Sônia Maria Lemos,
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes e Ana Elizabeth Sousa Reis.

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, n° 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (051) 3391-1252
www.redeunida.org.br

A **Série Saúde & Amazônia** é organizada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia) e publicada pela Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA). Os manuscritos compõem as áreas de antropologia da saúde, gestão e planejamento, vigilância em saúde, atenção e cuidado em saúde, políticas públicas em saúde, educação permanente, educação popular, promoção em saúde, participação e controle social, história da saúde, saúde indígena, movimentos sociais em saúde e outros temas de interesse para a Região Amazônica. Os autores são de diferentes segmentos como pesquisadores, estudantes, gestores, trabalhadores, usuários e lideranças de movimentos sociais. A série tem o compromisso ético-político de contribuir com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política universal, integral e equitativa. Os livros são organizados a partir de editais públicos e avaliados pelos pares. A organização dos livros é entendida como um processo de Educação Permanente e de formação de novos autores e autoras que estão envolvidos na construção das obras organizadas pela Série.

A Série tem coordenação editorial de: **Dr. Júlio Cesar Schweickardt** (Fiocruz Amazônia); **Dr. Alcindo Antônio Ferla** (UFRGS) e **Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (UFPA).

Esta publicação foi realizada a partir de um projeto de pesquisa financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM) e desenvolvido pelo Laboratório de História Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia, com a colaboração de alunos, pesquisadores, trabalhadores e gestores de saúde de diferentes instituições e municípios do Estado do Amazonas.

PANDEMIA E TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS NA AMAZÔNIA:

percursos de uma
pesquisa em ato

ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM)
Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/Fiocruz Amazônia

REVISORES:

Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Paulo Eduardo Xavier de Mendonça, Sônia Maria Lemos, Ana Elizabeth Sousa Reis, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Tânia Aparecida de Araújo.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar (org.) et al. Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). E-book (PDF). ISBN 978-85-54329-57-0.

1ª Edição
Porto Alegre/RS 2022
Rede UNIDA

editora



redeunida

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Sobre a coragem de abordar o “novo normal” imposto pela pandemia de covid-19 no contexto particular da Amazônia

09

Como não falar sobre as transformações sociais produzidas pela COVID-19 no Estado do Amazonas?

12

Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Sônia Maria Lemos, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Ana Elizabeth Sousa Reis

A COVID-19 chegou no “longe muito longe”: as estratégias de enfrentamento no município de Boca do Acre, Amazonas

30

Paulo Eduardo Xavier de Mendonça, Júlio Cesar Schweickardt, Manuel Barbosa de Lima, Márcia dos Santos Saraiva, Ana Elizabeth Sousa Reis

O enfrentamento da COVID-19 no município de Caruaru/AM

41

Joana Maria Borges de Freitas, Marcus Vinícius Marcellini Silveira Ribeiro, Kátia Maria Lima, Raimundo Maia

Análise da situação de saúde e as ações de enfrentamento à COVID-19 em Itacoatiara/AM

53

Angela Xavier Monteiro, Gabriel Romero, Naiá Leide Monteiro de Souza, Rodrigo Tobias de Souza Lima

Prevenção e Controle da COVID-19: as transformações das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no município de Iranduba, Amazonas

75

Diana Andreza Rebouças Almeida, Ricardo Márcio Berger, Giovana Nogueira Torres, Victória de Assis Silva, João Lucas da Silva Ramos, Sônia Maria Lemos

O sistema de saúde e o enfrentamento à pandemia em Manacapuru/AM: matizes de diversidade na resposta local

89

Alcindo Antônio Ferla, Júlio Cesar Schweickardt, Ana Paula Cappellari, William Pereira Santos

Situação de saúde e ações de enfrentamento à COVID-19 na Manaus dos trópicos

120

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Adriana Lopes Elias, Gabriela Duan Farias Costa, Naila Mirian Las-Casas Feichas, Jesse Moraes de Oliveira, Júlio César Schweickardt

A produção e vida e saúde Manicoré, nas margens do Rio Madeira: considerações sobre o enfrentamento à pandemia de COVID-19

140

Alcindo Antônio Ferla, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt, Ana Paula Cappellari, Maria Adriana Moreira, Júlio Cesar Schweickardt

O enfrentamento da COVID-19 em Parintins: aprendi- zagens com e na pandemia	162
<i>Elaine Pires Soares, Clerton Rodrigues Florêncio, Luene Silva Costa Fernandes, Solane Pinto de Souza, Rafaela Pantoja Cavalcante, Júlio Cesar Schweickardt</i>	

O enfrentamento à COVID-19 no Município de Presidente Figueiredo	189
<i>Carlos Gabriel de Souza Soares, Camilla Maria Nery Baracho de França, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Tânia Aparecida de Araújo</i>	

Notas sobre as estratégias de enfrentamento da pande- mia do novo Coronavírus no município de São Gabriel da Cachoeira - Amazonas	199
<i>Ana Elizabeth Sousa Reis, Sediel Andrade Ambrósio, Cláudio Pontes Ferreira, Margareth Pontes dos Santos, Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt, Marília de Jesus da Silva e Sousa</i>	

A COVID-19 na tríplice fronteira: as estratégias na crise sanitária em Tabatinga, AM	218
<i>Júlio Cesar Schweickardt, Viviane Lima Verçosa, Cristiane Ferreira da Silva, Jackeline Cristina Duque Ocampo, Klaus Estivens Lima Salazar</i>	

Apontamentos sobre as práticas de enfrentamento à COVID-19: proteção coletiva e resistência em Tefé/AM ...	237
<i>Fabiane Vinente, Kátia Lima de Menezes, Dayane Caroline Sampaio Café, Michele Rocha El Kadri, Fabiana Mânica Martins</i>	

Perfil epidemiológico da COVID-19 no estado do Amazo- nas	251
<i>Tânia Aparecida de Araújo, Rodrigo Tobias de Sousa Lima</i>	

Estratégias de comunicação adotadas em municípios do Amazonas durante a pandemia de COVID-19	259
<i>Grace Soares Costa</i>	

SOBRE OS AUTORES E AUTORAS	271
---	------------

APRESENTAÇÃO

Sobre a coragem de abordar o “novo normal” imposto pela pandemia de COVID-19 no contexto particular da Amazônia

Adele Schwartz Benzaquen



Grande alegria e orgulho para o Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia) o lançamento do livro ***“Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato”***, organizado pelos Professores Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla e Sônia Maria Lemos, além da doutoranda Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes (Doutorado em Saúde Pública na Amazônia) e da mestra Ana Elizabeth Sousa Reis (PPGVDA). O envolvimento direto de representantes da comunidade da Fiocruz Amazônia na organização dessa publicação, como iniciativa do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), nos fortalece e nos premia com a produção e disseminação de conhecimentos relevantes, úteis e oportunos, que renovam as contribuições do território amazônico para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O livro é lançado num momento extremamente oportuno.

Há meros dois anos, o mundo sucumbiu a uma nova e assustadora ameaça – o advento de um vírus imprevisível e frequentemente mortal para os seres humanos. Ao redor do planeta, cientistas reavaliaram prioridades e passaram a se debruçar sobre a resposta a esse desafio em níveis local e global. Graças a esses corajosos esforços, vivemos hoje uma realidade menos ameaçadora, graças à vacinação, em relação a esta enorme crise sanitária. Ademais, a experiência ganha poderá ser de imensa valia para avanços tecnológicos no enfrentamento de outros agravos e, também, se outro cenário semelhante surgir. Ainda assim, porém, enfrentamos um desafio sem precedentes.

É nesse contexto que este livro desponta como instrumento inigualável para a compreensão da dinâmica da pandemia de COVID-19 em um universo muito particular: a Amazônia. Ademais, lança luz sobre um recorte muito especial dessa realidade: as transformações sociais e práticas de enfrentamento customizadas e lançadas como resposta a um “novo normal” nessa região tão singular. Ao aproximar-se tão

intensamente do território amazônico no contexto da pandemia, contribui para ampliar a compreensão sobre a COVID-19 e seu enfrentamento em outros contextos, seja nos aspectos metodológicos, seja no conhecimento produzido e, agora, compartilhado. As contribuições do LAHPSA dão visibilidade às questões teóricas e às configurações metodológicas que conferem consistência às produções e as inovações da nossa instituição, especialmente quando estamos falando da complexidade que saúde ganha nessa enorme região brasileira e latino-americana.

Há aqui uma valiosa sucessão de ideias e relatos sobre estratégias de enfrentamento à pandemia em municípios da Amazônia; sobre transformações na Atenção Básica em Saúde em seus territórios de abrangência; sobre proteção coletiva e resistência; sobre as matizes de diversidade na resposta local; sobre aprendizagens com e na pandemia; sobre o perfil epidemiológico da COVID-19 no estado do Amazonas; e sobre estratégias de comunicação adotadas em municípios do Amazonas durante a pandemia – entre muitos outros.

Constatamos, ao ler o livro, que aventura de abordar tema tão complexo e multifacetado requer um misto de coragem, expertise técnico e uma boa dose de pensamento criativo – já que o cenário não tem precedentes na história da humanidade, tampouco a Amazônia já atravessou desafio semelhante.

Os autores não se intimidaram, no entanto, e fizeram dessa obra um manual experimental para a navegação de uma realidade que permanece desafiadora. É com este espírito intrépido que devemos nos armar para fazer uma viagem semelhante por estas páginas, rumo a uma consciência expandida da realidade da Amazônia mergulhada na pandemia de COVID-19. A ideia, por fim, é evidentemente enfrentar a pandemia com mais discernimento, conhecimento e criatividade, usando a obra como ferramenta e inspiração.

Se comemoramos a publicação deste livro, pela sua relevância, pertinência e coragem investigativa, o fazemos duplamente ao nos depararmos com o fato de que a Série Editorial Saúde & Amazônia, da Editora Rede Unida, da qual o ILMD e o LAHPSA participam tão ativamente, publica seu 18º livro. Publicações sucessivas que tomam a pesquisa em saúde na Amazônia como eixo de produções muito relevantes, e que também contribuem para mostrar e tornar compreensíveis as muitas saúdes amazônicas: do enfrentamento às endemias, dos territórios de grande complexidade sanitária, dos diferentes saberes e práticas tradicionais, das gentes que fazem da vida uma aventura cotidiana, de um território complexo e híbrido, que reivindica novos olhares das políticas públicas de saúde, de educação e de ciência e tecnologia. O nosso SUS também agradece a essa corajosa iniciativa.

Boa leitura!



Como não falar sobre as transformações sociais produzidas pela COVID-19 no Estado do Amazonas?

Júlio Cesar Schweickardt

Alcindo Antônio Ferla

Sônia Maria Lemos

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Ana Elizabeth Reis

INTRODUÇÃO



talo Calvino no livro *“Por que ler os clássicos”*, argumenta que um *“clássico é um livro que nunca terminou de dizer aquilo que tinha para dizer”* (1998, p.11), ou ainda *“é clássico aquilo que tende a relegar as atualidades à posição de barulho de fundo, mas ao mesmo tempo não podemos prescindir desse barulho do fundo”* (p.15). Ao final, Calvino dá uma resposta à pergunta: *“a única razão que se pode apresentar é que ler os clássicos é melhor do que não ler os clássicos”* (p.16). Podemos formular a mesma questão, por que pesquisar os fenômenos e as transformações sociais? E nesses tempos de pandemia? Temos argumentos científicos, sociais, éticos, profissionais e outros mais... mas talvez a resposta para os nossos interesses e que nos mobiliza é que é melhor do que não fazer, isto é, não podemos ficar parados diante de tantas políticas de morte, das mortes evitáveis, da má-condução das medidas de prevenção e promoção de saúde para responder à essa pandemia. Não temos como deixar de escutar o *“barulho do fundo”*, o que acontece com a vida das pessoas e nas localidades. O grande barulho de fundo é a pandemia que nos assusta e nos coloca medo nos nossos planos e projetos de vida, mas como as vidas foram se delineando e se conformando com esse e outros panos de fundo? O barulho do fundo também são todos os tipos de negacionismo e de produção de mortes.

A questão que mobiliza um grupo de pesquisadores, alunos, trabalhadores e gestores é a possibilidade e a responsabilidade de fazermos perguntas: por que pesquisar as transformações produzidas pela COVID-19 na vida dos usuários da

Atenção Básica nos municípios amazonenses? Quais as estratégias dos municípios no enfrentamento da pandemia? Que ideias mobilizaram os gestores, e usuários para fazer frente ao problema? Quais os efeitos na vida dos trabalhadores e das pessoas? como se produziu a resiliência diante de tanta destruição produzida pelo vírus? Perguntar ao contexto é a primeira e mais autêntica expressão da pesquisa ao longo dos tempos e essa é uma condição epistêmica que atravessou os ciclos da ciência até o presente momento (Kuhn, 1994).

A pesquisa dirá algumas coisas, mas a realidade “*nunca*” termina de “*dizer aquilo que tinha para dizer*”, ou seja, teremos respostas a perguntas feitas e respostas a perguntas não feitas, pois a realidade é muito maior do que a nossa capacidade de compreendê-la ou explicá-la, e nem temos essa pretensão. No entanto, já valeu termos um encontro de diferentes pessoas e realidades no projeto. Esse encontro já é um produto da pesquisa, pois conectou pessoas de diferentes lugares que não estariam conversando se não fosse a pergunta da pesquisa. Ao final, não temos controle sobre todos os desdobramentos dos encontros, e nem queremos isso, pois é melhor que a realidade “*nunca*” termine de nos falar, ensinar e produzir questões para a nossa ação. Temos entendido a pesquisa como dispositivo de educação permanente em saúde, onde há aprendizagem significativa que é possível e necessária na interação com os territórios e as gentes, e onde se produzem redes de pensamento e ação, uma vez que a separação pesquisador/participante da pesquisa não é igual a protagonismo/passividade diante das questões teóricas, metodológicas e empíricas da pesquisa (Ferla *et al.*, 2016).

A vida social não será a mesma após a pandemia, pois penetrou no cotidiano da vida das pessoas em todas as dimensões e suas sequelas não serão apenas físicas, mas também relativas aos modos de ser/estar e do andar da vida. As medidas de isolamento social e de distanciamento físico produziram mudanças nas interações sociais, colocando novas regras e novos modos de se relacionarem em sociedade, mas também vimos os “esqueletos saindo do armário” como os preconceitos, as violências, o racismo, e outros tantos tipos de negação da vida e estigmas sociais. O uso da máscara se tornou um item quase que obrigatório dos encontros e reuniões presenciais, obviamente que estamos excluindo os negacionistas, criando novas estratégias de comunicação e de relacionamento. A própria visibilidade dos negacionistas e produtores de desinformação seriada, atentando à vida individual e coletiva, que brotaram à nossa volta, é sequele dessa etapa. A crise civilizatória que a pandemia explicitou atualiza na experiência existencial desse tempo as crises que, na história da humanidade, geraram movimentos para mudanças de ciclos existenciais (Ferla *et al.*, 2020). Desse modo, podemos dizer que uma das transformações está nas formas de sociabilidade criadas pelas medidas preventivas e pela experiência intensa da doença. A vida social é outra porque os tempos também são outros, sendo incorporadas novas dizibilidades, novas narrativas, comportamentos e modos de vida. Assim, observamos a construção de

estratégias individuais e coletivas para responder ao momento, utilizando a nossa capacidade de resiliência com o suporte do capital social, conceitos que adiante iremos desenvolver.

A etimologia da palavra pandemia vem do grego e significa “*todo o povo*”, o que nos levaria a pensar o vírus foi democrático ao contaminar todo o povo. No entanto, os estudos mostram que a pandemia veio explicitar as desigualdades e as injustiças sociais. Segundo Boaventura de Sousa Santos (2021, p. 106) “*o novo Coronavírus contagiou e matou aqueles que pior puderam se defender dele, ou seja, as populações cujas condições sociais preexistentes as tinham tornado mais vulneráveis*”. Não podemos dizer que as transformações sociais foram as mesmas para todas as pessoas porque senão teremos que ignorar o sistema que cria a desigualdade e a injustiça social. Também evidenciou a omissão do poder público nos sistemas democráticos, que deveria agir para diminuir iniquidades e expandir a proteção às pessoas e coletividades mais expostas à injusta distribuição de riquezas e bens.

O filósofo Zizek (2020a) alerta que há outro tipo de epidemia produzido pelo “*vírus ideológico*”, que estava latente nas sociedades, mas que a pandemia abriu as portas para todo tipo de ideia de morte. Esse “*vírus ideológico*” já estava presente nas ideias e atitudes fascistas no nosso cotidiano, com a tentativa de negar a ciência, divulgar falsas notícias e promover a discriminação da diferença. O filósofo propõe um outro vírus ideológico que produz benefícios: “*el vírus de pensar em una sociedad alternativa, una sociedad que vaya más allá del Estado-nación, una sociedad que se actualice en forma de solidaridad y cooperación global*” (2020b, p. 46). O autor faz uma sugestão bem interessante, afirmando que precisamos ser comunistas, no sentido que precisamos compartilhar as coisas com os outros, de produzir padrões ampliados de “*comum*”. De certa forma, parte do esforço civilizatório para produzir comuns está na nossa origem, na cultura dos povos tradicionais, que resistiu à naturalização das relações de exploração predatória da natureza e entre as pessoas. Essa resistência foi produtiva, que também criou relações mais solidárias e de compartilhamento na produção da vida e da saúde (Schweickardt et al., 2020a; 2020b; 2020c; 2021).

O filósofo italiano Franco “Bifo” Berardi (2020) aponta que a pandemia explicitou uma crise que tem sua origem no corpo e que se desdobra pelo corpo. A crise não é produzida apenas externamente por questões financeiras ou econômicas, mas provém do corpo, diminuindo o seu ritmo. As marcas da crise são feitas nos corpos, justamente por relações de poder que se expressam como biopolítica e agem como biopoder, incidindo distintamente sobre cada grupo social. No entanto, o capitalismo pode aproveitar desse biopoder para aumentar o controle sobre as vidas e explorar ainda mais os corpos, o que o filósofo chama de uma “*nova biopolítica do século XXI*”. Por fim, Berardi afirma que o “*biovirus prolifera en el cuerpo estresado de la humanidad global*” (2020, p. 45).

O vírus precisa dos humanos, pois circula através deles e suas interações sociais. A pandemia *“es una mezcla en la que los procesos naturales, económicos e culturales están intrínsecamente unidos”* (Zizek, 2020b, p. 125). Latour (2020) reforça que a crise ambiental está nas causas da pandemia, afirmando que a potência do vírus somos nós mesmos que o criamos ou damos as condições para que se desenvolvessem. Desse modo, não há como pensar numa saída senão incluímos a natureza nas decisões políticas.

O Novo Regime Climático colocaria todos os países diante de uma escolha existencial: manter a modernização apesar de tudo; cambalear rumo a uma mudança ecológica, por mais dolorosa que seja; ou ainda negar a situação e fugir, em um escapismo cada vez mais descabido (Latour, 2020, p. 9).

A pandemia como um fenômeno mostrou que *“as desigualdades econômicas e sociais em eventos frequentes e violentos tornou-se mais perceptível ao revelar a desproteção social por parte do Estado, o que é exposto descancaradamente”*. Os grupos afetados, considerados de risco ou populações em situações de vulnerabilidade se trata, na verdade, *“de grandes segmentos sociais invisibilizados, sem condições de enfrentamento à pandemia, que tomaram conhecimento do Coronavírus e ficaram cerceados pelo evento epidemiológico e os dispositivos regulamentados para “combatê-lo”* (Almeida; Acevedo; Marin, 2020, p. 34)

A filósofa Judith Butler (2020, p. 59) alerta que *“La desigualdad social y económica asegurará que el virus discrimine. El virus por sí solo no discrimina, pero los humanos seguramente lo hacemos, modelados como estamos por los poderes entrelazados del nacionalismo, el racismo, la xenofobia y el capitalismo”*. Segundo Gabriel Markus (2020, p. 133) precisamos nos vacinar contra o “veneno mental” que nos divide em culturas nacionais, raças, grupos de idades e classes sociais em competição. *“Y, no lo olvidemos, la crisis climática, mucho más dañina que cualquier virus porque es el producto del lento autoexterminio del ser humano”*. Assim, a crise não é somente sanitária, mas é também ambiental e humanitária. Considerando que humanos e não humanos estão interconectados e são interdependentes para a manutenção e a produção da vida. Mas há uma capacidade de refletir sobre a crise e aprender com ela que, se não utilizada pelos humanos, será desperdiçada como sintoma da própria crise. A pergunta – novamente como base do pensamento científico e da motivação da pesquisa – é se teremos capacidade de aprender com a pandemia ou se permaneceremos, como sociedade, protagonizando a própria crise? Para aprender, precisamos abertura à aprendizagem e movimentos ativos de interação com o contexto.

Precisamos destacar o fenômeno da interiorização da pandemia na Amazônia que passou, principalmente, pela dinâmica dos rios e dos seus transportes. Houve a preocupação inicial de fazer as barreiras sanitárias nos portos da região para a proibição do transporte fluvial de passageiro e de mercadorias, que posterior-

mente foi liberada para não faltar alimentos para a população. O que denota um desencontro entre iniciativas governamentais, que as cadeias produtivas prioritárias à manutenção da vida deveriam ser prioritárias para a ação das autoridades. Apesar disso, o vírus correu mais rápido que as medidas sanitárias, pois não impediram que a pandemia chegasse ao interior. A preocupação maior foi pela oferta de infraestrutura local, especialmente de serviços hospitalares, para atender a população contaminada. Desse modo, foi um grande desafio para que os estados, que coordenavam a vigilância de COVID-19, pudessem descentralizar os insumos para testes, Oxigênio, medicação, equipamentos para os profissionais. Entretanto, ainda hoje, dois anos depois do início da pandemia, a vulnerabilidade a segurança alimentar de pessoas em situação de vulnerabilidade permanece sendo um esforço das comunidades de solidariedade que se formaram nos territórios e não objeto de uma política pública para a preservação da vida e da saúde. Déficit de aprendizagem ou déficit de compromisso ético com as vidas?

Ao longo do avanço da pandemia, os municípios precisaram se mobilizar para a realização da educação permanente dos profissionais que atuam no interior, pois havia muitas dúvidas quanto ao tratamento e acompanhamento dos contaminados. Desse modo, os municípios precisaram realizar ações de educação permanente para os profissionais desde a atenção básica, vigilância e atenção hospitalar. Com escassos subsídios para organizar essas ações, que a disputa enunciativa sobre a gravidade da doença permeou a ação do governo federal e repercutiu em estados e municípios, muitas vezes centrando respostas em procedimentos comprovadamente ineficazes e deixando vazias iniciativas embasadas na ciência e nas recomendações internacionais. À pergunta inicial, de como a pandemia tem despertado aprendizagens, parece que as evidências mostram uma resposta de reprovação.

Por fim, temos o compromisso, enquanto pesquisadores, estudantes e trabalhadores apresentar as estratégias, ações e respostas da gestão municipal aos problemas da pandemia. Assim como, apresentar os dados epidemiológicos da COVID-19 no Estado do Amazonas e nos municípios selecionados da pesquisa. Podemos observar, com os relatos dos capítulos, que muitas das estratégias para o enfrentamento da pandemia foram semelhantes, mas o contexto local definiu mudanças e adaptações das recomendações da Fundação de Vigilância em Saúde (FVS), que coordenou o Plano de Enfrentamento da COVID-19 no Estado do Amazonas.

SOBRE A METODOLOGIA DAS ESCRITAS E DA PESQUISA

Para aprender o que não sabemos, é preciso inventar também formas de interagir com o contexto. A metodologia da pesquisa é construção que envolve os participantes e objetivos e não, como nos habituamos ao longo dos últimos séculos, apenas prescrição de especialistas. Há que entender metodologia como

a construção epistemológica do projeto, a apresentação justificada de métodos e técnicas de produção e de análise de dados, além da criatividade do pesquisador, já nos disse Maria Cecília Minayo há quase 30 anos (Minayo *et al.*, 1994). Há uma artesanania necessária entre o contexto e a caixa de ferramentas da pesquisa e, na nossa experiência, a construção compartilhada é indicada para gerar aprendizagem significativa, que é adequada quando a complexidade do cotidiano falseia as certezas disciplinares da ciência.

A gestão da pesquisa está sendo realizada por todos os membros da equipe, sendo que cada município é de responsabilidade de um grupo de pesquisadores, incluindo os trabalhadores e gestores do município. Os capítulos foram produzidos pelos grupos que se articularam com os municípios para subsidiar as suas escritas.

A decisão de escrever o primeiro livro, sinal de que teremos outro, veio primeiramente porque tivemos uma longa demora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para a aprovação do projeto, considerando que a primeira submissão foi reprovada, tendo que fazer nova submissão. Estávamos confiantes de que a orientação aos CEP era para agilizar os projetos que tinham a COVID-19 como objeto de pesquisa, pois não foi o que aconteceu. Não faltaram os documentos, os termos de anuência, os instrumentos, as cartas, mas o que faltou foi menos tempo para a burocracia e solicitações sem sentido para a ética em pesquisa. Ética e formalidades, poder disciplinar e democracia, tempo cronológico e tempo oportuno; temos convivido com dicotomias que ilustram os modos civilizatórios que vivemos, mais do que dos mundos que queremos construir para vivermos mais saudavelmente. Bom, finalmente foi aprovado, mas aí já estávamos nas portas da terceira onda da pandemia.

O segundo motivo para escrever o livro foi que na “*ciência normal*” na área das ciências sociais, as pesquisas passam por um levantamento grande de informações documentais que ajudam na caracterização do contexto e na construção do que chamamos o estado da arte da pesquisa. Decidimos então transformar as informações coletadas nos municípios em produção. Assim que a decisão foi tomada, percebemos que o exercício de aproximação sucessiva com a realidade dos municípios se beneficiava muito da pesquisa empírica em materiais provenientes da “*literatura cinza*”, principalmente nesses tempos em que as redes sociais explicitam o compartilhamento dos mais diferentes discursos, tornando-os visíveis e facilmente acessáveis. O exercício epistêmico de buscar e analisar informações disponíveis em documentos e bases de informação de acesso público foi um enorme aprendizado da pesquisa. Tão habituados aos imaginários hierárquicos da pesquisa tradicional, aprendemos que as respostas às perguntas da pesquisa, muitas vezes, estão ao alcance do olhar que quebra o saber disciplinar e mergulha na aventura epistêmica de produzir conhecimentos oportunos em cenários de complexidade, desafio enorme à ciência nesse período de crises (Ferla, 2021).

Os pesquisadores buscaram descrever as estratégias dos municípios no enfrentamento da COVID-19 como os Planos Municipais de Enfrentamento da pandemia, os decretos, as resoluções, as comunicações nas redes sociais, a educação em saúde, as ações da vigilância como as barreiras sanitárias, a testagem, vacinação e orientações não-farmacológicas. Enquanto isso, outro grupo foi se aprofundando nos “dados” da COVID-19 disponíveis nos sistemas oficiais (quando possível) do Ministério da Saúde e da Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas. Desse modo, foi possível reunir um conjunto de materiais que nos dariam condições de olhar para o “estado da arte” da pesquisa e, ao mesmo tempo, uma aproximação empírica inédita.

Em cada município temos um ou uma apoiadora que foi indicada pela gestão, fazendo o diálogo entre a equipe de pesquisa e a realidade do município. Em alguns momentos, foi possível fazer uma conversa local para fazer a escuta do como foi a pandemia no município. Temos histórias ricas de significado, algumas tristes e outras de alegria, mas como ficarmos felizes com um vírus que virou nossas vidas de “*ponta à cabeça*”. No entanto, é possível nos alegrar com a potência do SUS nos locais, quando vimos uma política em ato, tornando o território o seu imenso campo de ação, conduzindo as ações e colocando uma certa “*ordem*” no caos imposto pela pandemia. Nesse momento, foram importantes a autonomia e a descentralização da gestão porque o governo federal foi incapaz de fazer o Plano de Enfrentamento Nacional da Pandemia.

Com a aprovação do CEP, iniciamos a coleta com usuários no mês de janeiro de 2022 nos municípios, depois de realizarmos os testes no instrumento. Os municípios escolheram uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que foi referência para a COVID-19, sendo que em Manaus, escolhemos 5 UBS, uma em cada Distrito de Saúde. Na área rural de Manaus, foi selecionada uma UBS ribeirinha. A análise desses dados e a escrita servirá de material para os artigos e novo livro.

O projeto tem previsto uma oficina nos municípios para a devolutiva dos dados coletados com os usuários e discutir sobre as estratégias municipais de enfrentamento da pandemia. As oficinas também têm o objetivo de produzir materiais de divulgação e de educação em saúde para ampliar as ações do município no combate à pandemia e no esforço de vacinação.

A nossa proposta foi olhar a pandemia sob o ponto de vista regional, Amazônia, e na perspectiva intrarregional, escolhemos analisar o desenvolvimento da COVID-19 no Estado do Amazonas. Escolher 12 municípios é fazer uma opção pela diversidade, pois são municípios com realidades muito distintas. Portanto, estamos olhando a partir da perspectiva local para nos aproximarmos de um olhar regional da pandemia.

AS TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS E A PANDEMIA

Os problemas sociais como moradia, emprego, saneamento e políticas sociais se agravaram na pandemia, associado ao sucateamento do SUS que acontece desde a promulgação da EC 95, que congelou os investimentos na saúde por 20 anos no Brasil. No entanto, a pandemia mostrou a importância do SUS no enfrentamento de uma calamidade sanitária e social. O sistema universal e de atenção integral salvou vidas em todos os territórios do país, apesar das dificuldades que o próprio governo federal impunha na especificidade e na equidade do cuidado para populações e grupos específicos.

Diferente de outras pandemias como a gripe espanhola entre os anos de 1918 e 1919, que veio e ceifou vidas em todo planeta, mas logo desapareceu (Schwarcz & Starling, 2020). O mesmo caso de epidemias que chegaram, mas logo foram controladas por ações de vigilância e de uma mobilização mundial. O que não está acontecendo com a COVID-19 que iniciou no final de 2019 e estamos entrando no terceiro ano sem a expectativa de que esteja no fim. Novos ciclos se anunciam e parece não haver uma “luz no final do túnel” porque ainda estamos dentro do túnel com algumas brechas de luzes que nos anunciam a esperança.

Não podemos deixar de mencionar que houve uma mobilização social muito grande por parte dos movimentos sociais, comunidades indígenas e quilombolas, que se organizaram para buscar o auxílio de alimentos, materiais de higiene e limpeza, barreiras sanitárias e outras atividades de mobilização social. Além disso, os grupos criaram estratégias de comunicação e de informação acessível para a linguagem popular e, também, para algumas línguas indígenas¹. Apesar das dificuldades para que as políticas chegassem aos mais necessitados, vimos diversos exemplos de solidariedade e de apoio às comunidades com mais dificuldades de seguir o isolamento social e o distanciamento físico. Muitas pessoas estavam diante do duro dilema: ou morrer pelo vírus ou pela fome.

Não podemos esquecer que houve uma ação deliberada do Estado para “passar a boiada”, permitindo que garimpeiros entrassem em terras indígenas (ISA, 2021), as queimadas em áreas extensas da Amazônia para aumentar as áreas de pasto e do agronegócio. A situação do povo Yanomami é que caracteriza a situação da falta de controle do estado e, em alguns casos, o impedimento de auxílio emergencial a esses povos, como aconteceu no mês de novembro de 2021, quando a FUNAI impediu que uma equipe da Fiocruz entrasse na área Yanomami para prestar serviço de saúde.

¹ - Um exemplo disso, foram as cartilhas “Coronavírus (COVID-19), Tome cuidado, parente!” produzidas pelo Instituto Socioambiental (ISA), em parceria com a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro. Foram traduzidas para o Nheengatu, Baniwa, Dãw e Tukano.

Por outro lado, é importante dizer que a *“pandemia não apenas agrava as desigualdades sociais, mas também acentua, simultaneamente, a consciência destas desigualdades por parte dos membros das unidades sociais”* (Almeida et al., 2020, p. 46). Nesse sentido, percebemos que as comunidades e grupos sociais tiveram a oportunidade de observar o lugar das diferenças sociais e também a ideia de que as condições desiguais provocam respostas desiguais para poder enfrentar a crise sanitária. As estratégias coletivas também reforçaram a coesão do grupo e a expansão da solidariedade, assim como o resgate de rituais que estavam *“esquecidos”* na memória dos velhos. Rituais de defumação dos espaços coletivos, preparo de plantas medicinais, rezas e benzimentos para a proteção das pessoas e do espaço da comunidade².

O sociólogo Antony Giddens (1991), questiona o conceito de qualidade de vida que é produto das rápidas e intensas transformações sociais para responder às necessidades e demandas da *“sociedade de risco”*. A concepção de qualidade de vida, por muito tempo, esteve associada com os *“benefícios”* do progresso técnico-científico da sociedade moderna, como consequências dessa modernidade, amenizando os efeitos adversos. Na saúde, a qualidade de vida está associada com a questão da prevenção e de uma certeza de que o progresso técnico-científico nos traria o bem-estar prometido pela medicina. Quando nos deparamos com a pandemia do novo Coronavírus, vimos que a qualidade de vida ficou refém das dúvidas que a ciência biomédica, agravadas pelo negacionismo da ciência e pelas Fake News. No entanto, a ciência nunca escondeu que a dúvida e a incerteza fazem parte do fazer científico, pois é nela que reside a ideia de progresso ou desenvolvimento científico.

A descoberta científica não está imune às resistências e aos *“erros”* que os experimentos são colocados em prática. Ou seja, a *“ciência normal”*, explicada por Thomas Kuhn (1994) no clássico *“A Estrutura das Revoluções Científicas”*, parte do pressuposto de um paradigma precisa passar por constantes falseamentos para se constituir como uma verdade científica. Segundo Karl Popper (1998), *“toda ciência repousa sobre areia movediça”*, na ciência nada pode ser provado, ainda que o mundo científico nos mostre um número de evidências que merecem confiança sobre o mundo que podemos viver. Portanto, o conhecimento na modernidade não repousa sobre a certeza. As certezas passam pela confiança e pela capacidade de realizar os falseamentos e testes para que algo possa ser colocado em prática.

Na contemporaneidade, no tempo que vivemos, passamos por aquilo que Giddens, Beck e Lash (1997) denomina de reflexividade, quando a sociedade tem a oportunidade de refletir sobre ela mesma, questionando as certezas e as contra-

2 - Nas Oficinas de Trocas de Saberes entre curandeiros, pajés e equipe de saúde indígena realizadas na região do Alto Rio Solimões, numa parceria entre LAHPSA e DSEI, os mais curandeiros relataram que utilizaram rituais e de remédios que estavam esquecidos para enfrentar a COVID-19.

dições postas pela modernidade. Os sociólogos dizem que a reflexividade é uma característica da própria modernidade. Ainda destacam que a existência humana não está fadada ao fim, mas ao início de novo período, quando precisamos pensar em construir novas relações sociais, a partir das crises ambientais, climáticas, sanitárias e sociais, para desenvolvermos uma outra forma de ver e viver no mundo.

Na modernidade há uma consequência que é a “desorientação” que, segundo Giddens (1991, p. 12), “se expressa na sensação que não se pode obter conhecimento sistemático sobre a organização social”, tendo a “sensação de que muitos de nós temos sido apanhados num universo de eventos que não compreendemos plenamente, e que parecem em grande parte estar fora do nosso controle”. Segundo o sociólogo, a modernidade criou situações que afastaram os modos de vida tradicionais. Há transições entre o moderno e o tradicional, mas não se refere ao evolucionismo social em que o moderno é o “melhor” ou o ápice da sociedade. Até porque as sociedades indígenas têm formas bem mais “evoluídas” de se relacionar com a natureza.

A história não pode ser vista de modo totalitário ou como uma essência que tende a um fim elevado. Assim, as transformações não se referem a um fim total, mas são frutos das tensões sociais e mudanças socioeconômicas que a sociedade sofre no decorrer da história (Giddens, 1991, p. 12).

Giddens, ainda diz que uma das características da modernidade é a separação entre o tempo e o espaço. Nesse sentido, o relógio expressava uma dimensão uniforme de tempo ‘vazio’ quantificado de uma maneira que permitisse a designação precisa de ‘zonas’ do dia (a ‘jornada de trabalho’, por exemplo) (Idem, p.26). Houve uma padronização mundial do calendário. Os “anos novos” continuam a coexistir, “mas estão incluídos no interior de um modo de datação que se tornou, para todos os efeitos, universal” (Idem, p.26).

A outra consequência da modernidade é o “esvaziamento do tempo” como uma precondição para o “esvaziamento do espaço”, pois a coordenação do tempo é uma condição para o controle do espaço. Há uma diferença entre espaço e lugar. Segundo Giddens, o “lugar” pode ser entendido pela ideia de localidade, que se refere à atividade social situada geograficamente. Nas sociedades pré-coloniais, ainda situadas na contemporaneidade, o espaço e o tempo coincidiam, as dimensões da vida social são dominadas pela “presença”, por atividades localizadas. “A modernidade arranca crescentemente o espaço do tempo fomentando relações entre outros ‘ausentes’, localmente distantes de qualquer situação dada ou interação face a face” (Idem, p. 27).

Para Giddens, o lugar “se torna cada vez mais fantasmagórico: isto é, os locais são completamente penetrados e moldados em termos de influência sociais bem

distantes deles". Adverte o sociólogo, que *"a separação entre o tempo e o espaço não dever ser vista como um desenvolvimento unilinear, no qual não há reversões ou que é todo abrangente"* (Idem, p.27). Assim, todos os tipos de desenvolvimentos têm a sua dialética, apresentando características opostas ou contraditórias. As redes sociais, com a ideia de simultaneidade, nos dão a ilusão de que as coisas acontecem no lugar, ao mesmo tempo, mas no fundo estão para além de nossas decisões e controle. Por fim, as práticas sociais não são fixas e dinâmicas.

A reflexividade da vida social moderna consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas, alterando assim constitutivamente seu caráter. Em todas as culturas, as práticas sociais são rotineiramente alteradas à luz de descobertas sucessivas que passam a transformá-las (Giddens, 1991, p. 45).

Giddens (1991) traz um outro conceito que é a confiança, que assume dois formatos: uma no *"compromisso sem rosto"*, em que a pessoa tem a fé no funcionamento as coisas e no conhecimento mesmo ignorando como funciona; segundo, o *"compromisso com rosto"* em que são apresentados os indicadores e as ações na arena social em que vive. De certo modo, estamos sempre jogando com os dois tipos de compromisso, pois ignoramos a maior parte dos procedimentos científicos, mas precisamos confiar naquilo que aparece nas evidências ou na experiência. Por isso, a tradição faz um jogo importante porque há uma certa continuidade com coisas já conhecidas. Portanto, a política pública exerce um importante papel no jogo social, pois há uma tradição que está presente no território.

A ameaça produzida por situações emergências como das doenças infecciosas, a insegurança climática, os desastres naturais produzem insegurança, pois representam o perigo para a ordem do mundo. O perigo está na possibilidade de trazer mudanças que quebram a lógica da vida. Giddens (1991) fala que na modernidade vivemos uma *"intensidade de risco"*, que estão presentes no modelo econômico que é baseado no crescimento sem limites que produz a degradação da natureza e a extinção de povos e culturas. Temos, o que o sociólogo chama de *"natureza socializada"*, um fenômeno de exploração global da natureza para fins econômicos e de exploração do trabalho. A transformação da natureza se deu pelos sistemas de conhecimentos humanos (1991, p. 129).

O pensador Edgar Morin (2021, p. 22) afirma que *"nunca tivemos tão fechados fisicamente no isolamento e tão abertos para o destino terrestre"*. A pandemia é produto da crise do paradigma da modernidade, iniciada na Europa no século XVI, que produz consequências para a sustentabilidade da vida. Por isso, Morin desafia que é necessário mudar de via, pois esse caminho já mostrou que nos levará para a morte e o fim da civilização, pois continuar produzindo a miséria, a pobreza e o desprezo pelo ambiente com um des-envolvimento (não envolvimento) da natureza.

A abordagem das transformações sociais, na maior parte dos estudos sociológicos, está associada à economia e ao trabalho, sendo afetadas pela lógica capitalista e pelo modelo neoliberal. Buscamos olhar para as transformações sociais como os aspectos mais amplos da sociedade, como consequências de um modelo de vida construído a partir das premissas da revolução industrial, que alterou os modos de vida do planeta. A pandemia, também como uma consequência da modernidade, produziu transformações que afetaram a vida social em todos os territórios do globo, que também precisa de respostas globais como é o caso da vacina. No entanto, vimos que nem as transformações nem as respostas foram as mesmas, pois temos outros modelos de sociedade que convivem no mesmo espaço.

O CONCEITO DE HABITUS COMO FERRAMENTA PARA COMPREENDER AS TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS

Outro conceito que nos auxilia com a discussão sobre as transformações sociais é o de *habitus*, elaborado por Pierre Bourdieu, que traz como principal questão: *“como a estrutura social e a ação individual podem ser reconciliadas, e como o social externo e o eu interno ajudam a moldar um ao outro”* (Bourdieu, 1990).

A questão principal para Bourdieu é romper com a dicotomia sociedade e o indivíduo, na sua formação e transformação social. O *habitus* é tanto estruturado como estruturante, ou instituído e instituinte, sendo a estrutura é o que herdamos com as instituições e as construções sociais que já existem antes do nosso nascimento. Por outro lado, é estruturante porque também interferimos naquilo que herdamos, *“o nosso habitus ajuda a moldar nossas práticas atuais e futuras”* (Maton, 2018, p. 75). *“A estrutura é composta de um sistema de disposições que geram percepções, apreciações e práticas. O habitus é estruturado pelas condições materiais da existência e também gera práticas, crenças, percepções, sentimentos de acordo com sua própria estrutura”* (p. 76)

O *habitus* se relaciona com o campo, outro conceito de Bourdieu, gerando uma prática social que é *“resultado das relações entre nossas disposições (habitus) e nossa posição num campo (capital), dentro do estado atual do jogo nessa arena social (campo)”* (Maton, 2018, p.76). O jogo social é uma condição para o *habitus*, pois a prática social acontece nas relações que temos em sociedade, portanto estamos sempre jogando e exercendo nosso papel micropolítico de negociação com os outros. O *habitus* não está restrito ao individual, mas na relação que temos na sociedade, pois a sociedade também está em nós, portanto, somos, ao mesmo tempo, pessoas e sociedade. Essa é a dialética que molda as nossas práticas sociais, isto é, a interiorização da exterioridade e a externalização da interioridade.

O *habitus* enfoca nossos modos de agir, sentir, pensar e ser. Ele captura como nós carregamos nossa história dentro de nós, como trazemos essa história para nossas circunstâncias atuais e então como fazemos escolhas de agir de certos modos e não de outros (Maton, 2018, p. 77).

As escolhas que tomamos depende das relações de poder no contexto que atuamos e o lugar que ocupamos em sociedade. As escolhas diante da pandemia, por exemplo, são definidas pelo acesso que temos de informações no lugar em que estamos, mas também é definida no jogo social ou nas relações sociais. Utilizando outro conceito de Bourdieu de Capital Social, que são as nossas redes que colocamos em ação para produzir a ação. O capital social é o que trazemos para a disputa pelo poder num determinado campo.

Habitus é uma capacidade infinita de engendrar em toda liberdade (controlada) produtos – pensamentos, percepções, expressões, ações – que sempre tem como limites as condições historicamente e socialmente situadas de sua produção, a liberdade condicionada e condicional que ele garante está tão distante de uma criação de imprevisível novidade quanto de uma simples reprodução mecânica dos condicionantes iniciais (Bourdieu, 2018, p. 91).

As práticas geram uma autonomia relativa em relação às demandas do mundo externo e do que se apresenta no presente mais imediato. *“Essa autonomia é a do passado operado e operante que, funcionando como capital acumulado, produz história a partir da história”*. Desse modo, os sujeitos trazem em si a possibilidade para produzir a mudança e a transformação social, como agentes que são do mundo e estão no mundo. Lembrando que a liberdade para realizar essas ações são sempre relativas às ideologias, ao conjunto de ideias compartilhadas, à cultura e à tradição da qual faço parte. Não resta dúvida, que estas são questões complexas e dialéticas porque nada está de modo puro no nosso pensamento e nas nossas práticas sociais, pois depende do capital social que coloco no jogo político.

Segundo Bourdieu *“não podemos capturar a lógica mais profunda do mundo social a não ser submergindo na particularidade de uma realidade empírica, historicamente situada e datada, para construí-la, porém, como ‘caso particular possível’, conforme expressão de Gaston Bachelard, isto é, como uma figura em um universo de configurações possíveis”* (Bourdieu, 1996, p. 15). A questão que nos colocamos não está na tentativa buscar os universais, mas nos embrenharmos nas particularidades de diferentes histórias coletivas e individuais. Por outro lado, buscamos o possível como pesquisadores implicados e comprometidos pela ética da vida e do Bem Viver no sentido de vida ampla.

O BEM VIVER: UM PENSAMENTO À CONTRAPELO

O Bem Viver provém dos conceitos dos povos indígenas dos andes que nas palavras suma *Quamaña*, *Aimará*, e *Sumak Kawsay*, *Quéchua*, um conjunto de conhecimentos e práticas dos povos andinos. O significado traz palavras como “vida plena”, “vida doce”, “vida harmoniosa”, “vida sublime”, “vida inclusiva” e “saber viver” (Solón, 2019, p. 21). A palavra vida aparece na sua potência de aprendizado, saber, harmonia, numa forte relação com a natureza e a vida social.

O Bem Viver apresenta uma alternativa para o projeto de morte do neoliberalismo, como o retorno a visão do todo ou da “Pacha”, a convivência com a multipolaridade, a busca do equilíbrio, a complementaridade da diversidade e, por fim, a descolonização. “Na Pacha não existe separação entre seres vivos e corpos inertes: todos têm vida. A vida só se explica pela relação entre as partes do todo” (Solón, 2019, p. 25).

Segundo Skewes, o Bem Viver “reivindica uma visão cosmocêntrica que inclui a vida em todas as formas. O apelo da cosmovisão indígena como um modo de romper com as visões etno e androcêntrica é um ponto de partida no caminho em direção ao bem viver” (2017, p.187). A proposta do autor é pela possibilidade de indigenizar o mundo como uma alternativa às políticas e práticas extrativistas para apresentar outras formas de viver. Desse modo, o Bem Viver apresenta a possibilidade ou a alternativa de termos outros modos de vida através da cultura, da economia, das medicinas e outras expressões que dão sentido às nossas práticas.

Os movimentos ambientalistas, as ciências e as lideranças indígenas têm defendido a ideia de que precisamos mudar os nossos modos de vida, pois a mãe-terra está sofrendo com os modelos de “desenvolvimento” praticados no sistema capitalista extrativista. Esse modelo de desenvolvimento é dominante e está associado à espoliação dos recursos naturais e à exploração das vidas das pessoas em todos os cantos da terra, criando, o que Franz Fanon chamou dos “condenados da terra”, que sofreram pela escravidão, pela violência e expropriação do direito de exercer a sua própria vida.

O líder indígena Ailton Krenak tem alertado que o vírus é uma “manobra fantástica do organismo da Terra tirar a teta da nossa boca e dizer: ‘Respirem agora, quero ver’” (2020, p. 10). A situação que vivemos é uma consequência daquilo que fizemos com a natureza, com aquilo que chamamos de projeto de humanidade. A natureza não se vinga, mas se defende para garantir a vida no Planeta (Santos, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Manrique (2020) alerta que *“Lo que se hace, con las prisas, a menudo, es reducir la otredad a la mismidad: confinarla en los parámetros habituales de lo propio, en la órbita del yo, de lo conocido”*. A filósofa relembra o ensinamento do filósofo Lévinas que chama *“hospitalidad a la acogida de la otredad, de lo que implica el rostro del otro, que es una apertura em forma de vulnerabilidad que moviliza, que invita, que llama, que dice ven, y una responsabilidad que atañe al yo en la forma de una cierta forma de pasividad, de inhibición, de evitar, a su juicio, la violencia”* (Manrique, 2020, p. 146).

O que esperamos é que a pandemia não invisibilize o outro, especialmente aqueles que estão em situação desigual e vulnerável, que possamos exercitar a hospitalidade da inclusão do estrangeiro, do morador de rua, dos indígenas, dos quilombolas, dos ribeirinhos, dos moradores de favela. O que não podemos é naturalizar a pandemia como se todos estivéssemos juntos nesse barco, que o vírus é democrático, quando a realidade não é democrática, o sistema capitalista continua sendo excludente, a política continua se desenvolvendo como necropolítica e os direitos dos povos ancestrais continuam sendo negados, explorados e ignorados. Ou seja, nada de novo normal, mas o normal da desigualdade, injustiça e exclusão de antes da pandemia foi explicitado pelo vírus.

O filósofo Zizek (2020) alerta que não teremos um novo normal com base na mesma sociedade que existia antes, pois não é suficiente considerar a epidemia como um acidente e simplesmente fazer uns ajustes ao sistema. Desse modo, não nos interessa um *“normal”* de antes que produz a exclusão, e temos a tarefa de construir novas formas de sociabilidade e de vida, que possam promover a inclusão e o cuidado integral de todas as pessoas.

No fundo esperamos para que o convite ao outro esteja sempre aberto para uma humanidade da inclusão e pelos direitos à diferença. Venceremos o COVID-19 com vacinas e com as medidas de proteção e prevenção, mas também venceremos com a solidariedade e com políticas que possam reconhecer o princípio da equidade e da justiça social.

REFERÊNCIAS

Almeida, A.W.B., Marin, R.E.A. & Melo, E.A. (2020). **Pandemia e Território**. São Luís: UEMA Edições/ PNCSA.

Bourdieu, P. (2018). **O Senso Prático**. 3 ed. Petrópolis: Vozes.

Butler, J. (2020). El capitalismo tiene sus limites. In: Agamben et al. **Sopa de Wuhan**. ASPO.

Calvino, I. (1998). **Por que ler os clássicos?** São Paulo: Companhia das Letras.

Ferla A., Martino A., Merhy, E.L., Baptista G.C., Schweickardt J.C., Nicoli, M.A., Pereira M.G.A., Ferreira, M.R., Orizco-Valadares, M.A., Ceccim, R.B. & Franco, T.B. (2020). Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**. 6(Supl.2):1-6. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3215>

Ferla, A.A. (2021). Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educ. Saúde**, v. 5, n. 2, p. 81-94, ago./dez. 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/119022>.

Ferla, A.A., Trepte, R.F., Schweickardt, J.C., Lima, R.T.S. & Martino, A. (2016). Os (des)encontros da pesquisa no tempo-espaço amazônico: um ensaio sobre produção de conhecimento como abertura à aprendizagem. **Saúde em Redes**, 2(3): 241-261. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/773>

Berardi, F.B. (2020). Crónica de la psicodeflación. Agamben et al. **Sopa de Wuhan**. ASPO.

Giddens, A. (1991). **As consequências da modernidade**. São Paulo: Unesp.

Giddens, A.; Beck, U. & Lash, S. (1997). **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: UNESP.

González, G. Y. (2020). Fragilidad y tiranía (humana) en tiempos de pandemia. In: Agamben et al. Sopa de Wuhan. ASPO.

Instituto Socioambiental. (2020). "Coronavírus (COVID-19), Tome cuidado, parente!". **Cartilha**. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/publicacoes-isa/coronavirus-COVID-19-tome-cuidado-parente>

Instituto Socioambiental. (2021). **O impacto da pandemia na Terra Indígena Yanomami**. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/publicacoes-isa/o-impacto-da-pandemia-na-terra-indigena-yanomami-foragarimpoforacovid>

Kuhn, T. (1994). **A estrutura das revoluções científicas**. 3 ed., São Paulo: Perspectiva.

Latour, B. (2020). **Diante da Gaia: oito conferências sobre a natureza no Antro-**

poceno. Rio de Janeiro: Ateliê de Humanidades; São Paulo: UBU.

Manrique, P. (2020). Hospitalidad e inmunidad virtuosa. In: Agamben et al. **Sopa de Wuhan.** ASPO.

Markus, G. (2020). El virus, el sistema letal y algunas pistas para después de la pandemia. In: Agamben et al. **Sopa de Wuhan.** ASPO.

Maton, K. (2018). Habitus. In: Grenfell, M. **Pierre Bourdieu: conceitos fundamentais.** Petrópolis: Vozes.

Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., Cruz Neto, O. & Gomes, R. (org.). (1994). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes.

Morin, E. (2021). **É hora de mudarmos a via: as lições do Coronavírus.** 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Russel.

Popper, K. (1998). **A lógica da pesquisa científica.** 8 ed. São Paulo: Cultrix.

Santos, B.S. (2021). **O futuro começa agora: da pandemia à utopia.** São Paulo: Boitempo, 2021.

Schwarcz, L.M. & Starling, H.M. (2020). **A bailarina da morte: a gripe espanhola no Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Lima, R. T. S., Andrade, T., Silva, J. M. B. F., Caldas, J. & Ahmadpour, B. (2020a). O Programa Mais Médicos e seus encontros com o cuidado indígena no DSEI Alto Rio Solimões: anotações do campo de pesquisa. In: Schweickardt, J. C., Silva, J. M. B. F. & Ahmadpour, B. (Org.). **Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural.** 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, p. 271-293.

Schweickardt, J.C. et al. (2021). Caminhos da pesquisa na ilha Tupinambarana: uma abordagem participativa, Parintins, AM. In: Soares, E. P.; Schweickardt, J.C.; Guedes, T.R. O. N.; Reis, A. E. S.; Freitas, J. M. B. (Orgs). **A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM.** Porto Alegre: Rede Unida.

Schweickardt, J.C; Ferla, A. A.; Lima, R.T.S.; Amorim, J.S. C. (2020b). O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica** (PRINT), v. 44, p. 1-8.

Schweickardt, Júlio Cesar (org.) et. al. (2020c). **Saúde indígena: práticas e saberes**

por um diálogo intercultural. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Saúde & Amazônia, v.9). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-10-6. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/saude-indigena-praticas-e-saberes-por-um-dialogo-intercultural/>

Skewes, J.C. (2017). A indigenizar o mundo. In: Skewes, J.C., Haliski, A.M. (Org). **El buen vivir: interculturalidade Y mundialización, uma mirada desde América Latina.** Curitiba: UFPR.

Solón, P. (2019). Bem viver. In: **Alternativas sistêmicas: Bem viver, decrescimento, comuns, ecofeminismo, direitos da Mãe Terra e desglobalização.** São Paulo: Elefante.

Žižek, S. (2020a). Coronavirus es un golpe al capitalismo al estilo de 'Kill Bill' y podría conducir a la reinvención del comunismo. In: Agamben et al. **Sopa de Wuhan.** ASPO.

Žižek, S. (2020b). **Pandemia: la COVID-19 estremece al mundo.** Barcelona: Anagrama.



A COVID-19 chegou no “longe muito longe”: as estratégias de enfrentamento no município de Boca do Acre, Amazonas

*Paulo Eduardo Xavier de Mendonça
Júlio Cesar Schweickardt
Manuel Barbosa de Lima
Márcia dos Santos Saraiva
Ana Elizabeth Sousa Reis*

INTRODUÇÃO



Quando fomos chegando ao município de Boca do Acre, vindo pela estrada de Rio Branco/AC, o motorista nos informou que chegávamos na terra firme, Platô do Piquiá, lugar preferido pelas pessoas originárias do sul do país, onde estão localizados os serviços, secretarias, bancos, hospital. A população vive no território original da cidade, isto é, na margem do rio Purus e na boca do rio Acre. Entre 1971 a 1975 o governador João Walter de Andrade criou uma nova estrutura de cidade, a 7 Km da cidade original, para escapar das alagações periódicas com a cheia dos rios.

A população não aderiu a esse projeto e continua nas margens dos rios, adaptando as suas casas, subindo mais um andar, aterrando, criando estratégias para conviver com as enchentes que chegam todos os anos. As águas já levaram casas e ruas da cidade, mas isso faz parte da natureza da Amazônia. O mesmo fenômeno acontece em outras cidades do Amazonas como Anamã e Barreirinha, que são cortadas por rios que no período da cheia invadem as ruas e casas da cidade (Kadri & Schweickardt, 2016). Políticos e gestores sempre estão propondo a mudança dos lugares, pois as cidades foram construídas nos lugares “errados”, mas será que dá para chamar de “errado” um lugar que as pessoas escolheram para viver, onde está a memória familiar, as histórias e o lugar chamado de seu. Isso significa mais desafios para a gestão de políticas públicas que precisam minimizar os problemas decorrentes das enchentes ou das secas extremas.

A população que originalmente vivia no lugar eram os Capanas e Aripuanãs, sendo ocupada pelos colonizadores, em especial, no período do primeiro ciclo da borracha no final do século XIX (IBGE, 2021). O registro como Vila aconteceu em

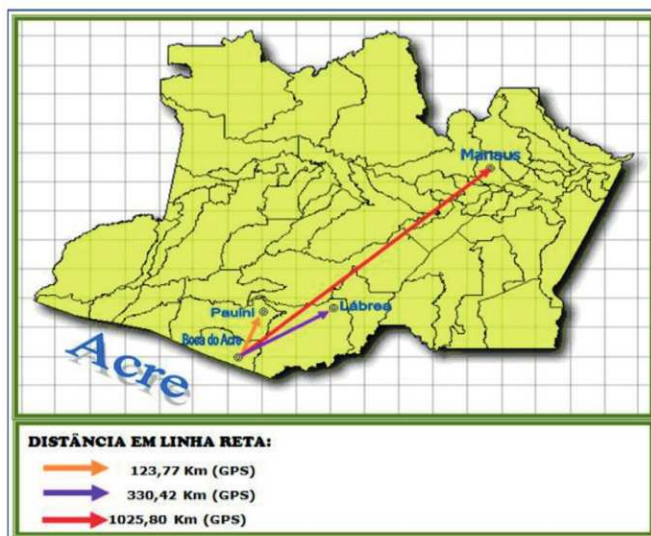
22 de outubro de 1890, com a denominação de Antimari, sendo desmembrado do município de Lábrea, localizado mais abaixo do rio Purus, considerado um rio borracheiro. Logo em seguida o município passou a se chamar Floriano Peixoto. Em 1898, a sede foi transferida para a margem esquerda do rio Purus. Foi pela Lei municipal n.º 8, de 18 de setembro de 1902, que foi criado o distrito de Boca do Acre. Finalmente, em 31 de março de 1938, o Município foi denominado de Santa Maria da Boca do Acre, ficando mais conhecido como Boca do Acre. Atualmente o município tem dois distritos: Boca do Acre e Floriano Peixoto (IBGE, 2021).

O presente texto tem por objetivo apresentar as ações de enfrentamento à COVID-19 no município de Boca do Acre, como parte da pesquisa “prevenção e controle da COVID-10: a transformação das práticas sociais da população em território de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”. O texto foi elaborado com base nos documentos do município: Plano Municipal de Saúde (2018-2021), Plano de Enfrentamento da COVID-19 (2020 e 2021), Relatório Anual de Gestão (2020), Plano de Enfrentamento à COVID-19 da SES Interior do Amazonas (2020).

INFORMAÇÕES DO MUNICÍPIO

A área geográfica do município é de 22348.948, com uma população 34.308, tendo uma densidade demográfica 1,54 pessoa/Km².

Figura 1. Mapa com localização geográfica do município Boca do Acre.



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Boca do Acre (2018-2021).

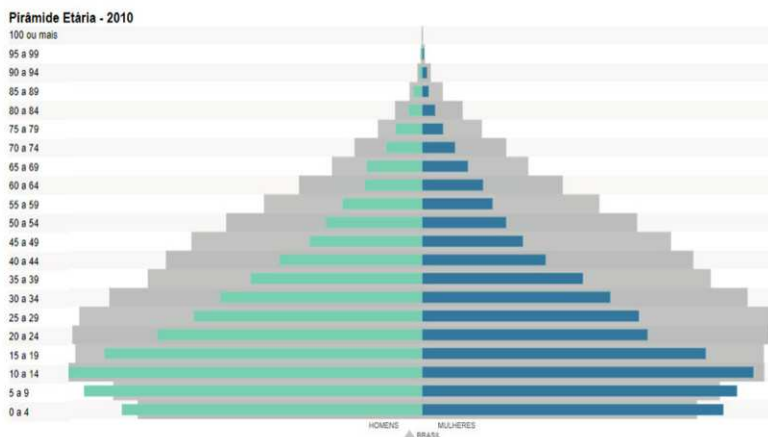
O município de Boca do Acre tem divisa com os seguintes municípios: ao Norte: município de Pauini; a Leste: município de Lábrea; a Oeste: estado do Acre e município de Pauini; ao Sul: estado do Acre. Está localizado na região de saúde do Purus.

A distância da Capital do Estado: em linha reta entre Boca do Acre e a Capital do Amazonas, 1.025,80 km (GPS); por via fluvial entre Boca do Acre e a Capital do Amazonas são 2.272 km; e por via terrestre entre Boca do Acre e a Capital do Amazonas, 1.653 km. Os principais rios são: Purus, Acre, Inauini e Antimary.

Em relação aos aspectos econômicos, o município se destaca na agricultura familiar, pesca em escala de subsistência familiar e comercial, sendo a pecuária a que mais se destaca como o maior produtor de bovinos do Estado do Amazonas. Na agricultura familiar se produz a farinha de mandioca, milho, feijão, arroz, café, legumes, frutas diversas, bananas, criação de galinhas, caprinos e suínos. Na área de pescado, se consome e comercializa as mais diversas espécies de peixes, entre elas temos o mandi, pacu, curimatã, peixes de couro diversos e o tambaqui. Em relação ao extrativismo vegetal se destacam a madeira, castanha-do-pará e o látex da seringueira.

O município possui um frigorífico para abate e exportação da carne em escala industrial, com capacidade para abater até 400 boi/dia, porém sua produção diária média é de 180 boi/dia, sendo que 90% da produção é destinada ao mercado da Capital do Estado e sul do país. As festas religiosas são realizadas em homenagem ao padroeiro da cidade – São Pedro – cuja celebração ocorre no dia 29 do mês de junho. Ainda tem os eventos: aniversário do Município (22 de outubro); festival de praia (entre os meses de agosto e setembro); ExpoBoca (entre junho a julho).

Figura 2. Pirâmide populacional do município de Boca do Acre, AM.



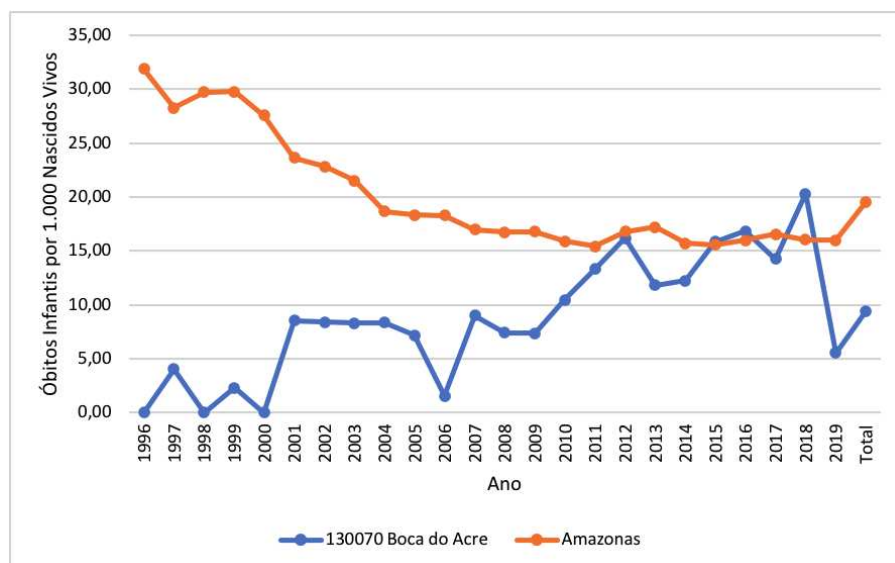
Fonte: IBGE Cidades (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/boca-do-acre/panorama>)

A estrutura demográfica de Boca do Acre em 2010, mostra um território mais jovem que o do Brasil no mesmo período, aparentemente iniciando o processo de envelhecimento. O salário médio mensal dos trabalhadores era de 1,6 salários-mínimos em 2019 e o total da população ocupada em relação ao total representava 6,8%. Os domicílios com até meio salário-mínimo de renda por pessoa concentravam 49,7% da população do município.

A taxa de escolarização entre 6 e 14 anos de idade era de 88% em 2010 (último censo demográfico - 2010) e os Índices de Avaliação do Ensino Básico - IDEB em 2019 foi de 6,0 nos anos iniciais e de 4,7 nos anos finais, na rede pública de ensino. Estes IDEB ocupam a primeira posição do estado do Amazonas para os anos iniciais e a 5ª posição para os anos finais.

A renda per capita do município em 2018 foi de R\$ 12.248,29. Em relação ao maior PIB per capita do estado que é Manaus, este seria de aproximadamente um terço. Em relação às receitas municipais, 95,9 % de seu total eram constituídas por fontes externas no ano de 2015 (IBGE, 2020).

Figura 3. Coeficiente de mortalidade infantil em Boca do Acre, AM - 1996 a 2019.



Fonte: DataSUS, 2020.

Em termos de indicadores de condições de vida e saúde, temos o Coeficiente de Mortalidade Infantil como um dos mais sensíveis. O sistema de registro civil tem sido aprimorado em todas as regiões do Brasil e a curva ascendente em Boca do Acre deve ser explicada por este fenômeno primariamente (Braga & Werneck,

2009; Mota & Kerr, 2011). Assim, o que se observa é que o município veio, a partir de 2011, se estabelecendo num patamar semelhante ao do Estado do Amazonas e deveríamos considerar que no último ano, 2019 ainda pode ter correções de número. O total expressa a média dos coeficientes no período de 1996 a 2019. Veja-se que as referências situam a Região Norte como territórios que apresentavam uma menor capacidade de registros, mas a partir de 2011 o Sistema de Informação foi melhorando e apresenta um patamar semelhante ao Estado do Amazonas.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A rede de saúde do município é composta por 13 estabelecimentos de saúde e apresenta uma cobertura de Atenção Básica de 70,39 % com cinco Unidades Básicas de Saúde; um Hospital Geral, uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), Laboratório Municipal para Análises Clínicas “Evandro Chagas”, uma Central de Gestão em Saúde; uma Unidade de Vigilância em Saúde, um Centro de especialidade Odontológica (CEO), uma Policlínica, uma Unidade de Atenção à Saúde Indígena (Polo Base), que atende a população indígena que reside na cidade.

Os profissionais de saúde que trabalham no município, de acordo com o Relatório Anual de Gestão (RAG, 2020), são os seguintes: 15 médicos, sendo 4 do Programa Mais Médicos (PMM), 12 enfermeiros, 18 profissionais de nível superior, 151 de nível médio e 101 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Figura 4. Visitas domiciliares da Equipe da Estratégia da Saúde da Família.



Fonte: SEMSA Boca do Acre, 2021.

A cobertura de indivíduos pela Saúde Suplementar através de Planos de Saúde e Seguros é de cerca de 0,3% para junho de 2021 pesquisado no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19

O município criou o Comitê Intersetorial para Combate e Prevenção ao COVID-19, através do Decreto nº 041/2020, de 19 de Março de 2020 e este é composto por: gabinete do prefeito; secretaria de saúde; representante da secretaria de estado de saúde; controladoria geral do município; secretaria de administração; secretaria municipal de fazenda; secretaria municipal de educação; secretaria municipal de meio ambiente e defesa civil; gerência de comunicação; Polícia Militar do Amazonas; comandante da Guarda Civil Metropolitana - GCM.

Com o surgimento de casos suspeitos, a Vigilância Epidemiológica, em parceria com as Unidades Básicas de Saúde e Gerência Municipal de Endemias, adotava os procedimentos iniciais com a coleta de material biológico, que era enviado ao Laboratório Central do Amazonas (LACEN/FVS/AM), na cidade de Manaus/AM. Enquanto aguarda o resultado, o paciente era orientado a ficar em isolamento domiciliar. Em caso de positividade e se os sintomas se apresentassem leves, o usuário ficava em isolamento domiciliar, em caso de agravamento do quadro clínico era internado na Unidade Hospitalar “Maria Genny Lima”. Em situação de agravamento do paciente era direcionado e encaminhado para a cidade de Rio Branco/AC ou Manaus/AM, para a atenção na alta complexidade e UTI.

Figura 5. Fluxo de atendimentos com suspeita de COVID-19.



Fonte: SEMSA Boca do Acre, 2020.

BARREIRA SANITÁRIA

O município de Boca do Acre/AM instalou Barreiras Sanitárias na entrada da cidade, devido o fluxo de veículos que vinham de outras cidades, principalmente de Rio Branco/AC, que naquele momento (20/03/2020) tinha 07 (sete) casos do COVID-19 confirmados. A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) criou uma equipe multidisciplinar para realizar as orientações sobre a Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19), com a identificações de sintomáticos respiratórios. Outra barreira foi instituída no Porto principal da cidade, utilizando o mesmo modelo da barreira terrestre, que teve a parceria da Agência Fluvial (capitânia), Guarda Civil Municipal, Polícia Militar e Defesa Civil municipal. Foram realizadas orientações sobre os protocolos de saúde preventivos nas embarcações. Nas barreiras foram realizados numa planilha os cadastros das pessoas com sintomas suspeitos de Coronavírus (COVID-19) (Boca do Acre, 2021).

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Segundo o Plano de Ações de Enfrentamento ao COVID-19, da Secretaria Executiva de Assistência ao Interior – SES/AM (Amazonas, 2020), foram estabelecidos os municípios do interior de referência para o Fluxo de Referência Inter Hospitalar – Sala Vermelha e a Relação dos Hospitais de Referência para Atendimento ao COVID-19 no interior: Manacapuru, Itacoatiara, Parintins, Eirunepé, Humaitá, Lábrea, Tabatinga, Tefé. O município de Boca do Acre também foi incluído como referência devido a sua posição na região de fronteira e acesso ao Estado do Acre.

Figura 6. Barreira Sanitária em Boca do Acre na entrada da cidade, via terrestre.



Fonte: SEMSA Boca do Acre, 2020.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A SEMSA realizou a capacitação de todos os profissionais de saúde. Em seguida, foram realizadas palestras nas escolas, igrejas e locais públicos sobre a prevenção Coronavírus (COVID-19). Outra ação foi a distribuição de panfletos e cartazes em hotéis, escolas, igrejas e locais públicos, assim como nas empresas privadas. Utilizou-se também as rádios locais para os esclarecimentos e orientações preventivas. A Comunicação da Prefeitura criou os perfis das redes sociais do *facebook* e *whatsapp* para a divulgação de notícias e informes. Foram realizadas reuniões nas escolas com os pais de alunos e em empresas privadas. As aulas da rede municipal e estadual foram suspensas.

A campanha de educação focou na orientação dos grupos em situação de vulnerabilidade: idosos; diabéticos; hipertensos; pessoas com insuficiência renal crônica; portador de doença respiratória crônica, portador de doença cardiovascular. Esses grupos foram e são os mais afetados pela COVID-19, tanto em infecção como em mortalidade.

ATENDIMENTOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA PARA COVID-19

A Unidade de Referência para COVID-19 foi a UBS José Barros Lopes foi o ponto de referência exclusivo para atendimento de casos suspeitos de COVID-19. A unidade realizou atendimentos médicos e realizou os testes rápidos para COVID-19.

Os atendimentos nas UBS do município passaram a adotar o uso de álcool em gel nos consultórios e demais ambientes. Assim como, a necessidade de realizar a higienização das mãos, punho e ferramentas de trabalho antes, durante e após os procedimentos e fim de expediente. Foi realizada a conscientização sobre o uso de máscaras descartáveis dos usuários durante a sua permanência na UBS.

Os horários de funcionamento de algumas UBS foram ampliados. Foram reduzidos os atendimentos eletivos, priorizando os atendimentos agendados e em estado mais grave a fim de evitar aglomerações e colocando em risco os usuários dos grupos de risco. Os atendimentos para gestantes de alto risco, bebês e crianças com consulta de puericultura foram realizados de modo domiciliar. Nos primeiros meses da pandemia, os atendimentos condicionados ao Programa Bolsa Família nas Unidades Básicas de Saúde foram suspensos, assim como os atendimentos odontológicos de caráter eletivo, ficando apenas os atendimentos de urgência. No decorrer do ano de 2020, as atividades da atenção básica foram sendo retomados, pois a população não deixou de ter necessidades de cuidados em saúde.

Os Agentes Comunitários de Saúde realizaram um cronograma de visitas domiciliares para pacientes com Doenças Crônicas por no mínimo duas por semana.

No caso de confirmação de COVID-19, a orientação foi isolar o paciente em nível domiciliar. Em caso suspeito o paciente deveria ser orientado a permanecer em quarentena, evitando o contato com outras pessoas.

UNIDADE HOSPITALAR DE BOCA DO ACRE (UHBAC)

A referência em nível de média complexidade é a Unidade Hospitalar de Boca do Acre “*Maria Genny Lima*”, localizada no Platô do Piquiá. A Unidade Hospitalar dispõe de 60 leitos distribuídos em: 23 leitos na Clínica Médica, 12 em Obstetrícia, 09 em Cirurgia, 14 em Pediatria e 02 no Isolamento. Os serviços oferecidos são os seguintes: pronto socorro hospitalar, maternidade, odontológico, radiológico e laboratorial (para os internos). A instalação física se encontra na cidade alta, bairro Platô do Piquiá.

Na demanda de suspeitas pelo COVID-19, foram ofertados os seguintes procedimentos: oferta de máscara e álcool em gel aos usuários que derem entrada com sintomas respiratórios. Foi instituída uma sala de referência para isolamento de casos suspeitos. Os usuários com suspeita de Coronavírus que eram encaminhados das UBS, que necessitavam de internação eram direcionados à enfermaria de isolamento. Os casos com sintomas de gripe que chegam na Unidade Hospitalar são encaminhados para atendimentos nas UBS. Os pacientes suspeitos e em estados graves foram encaminhados, em ambulância, ao Pronto Socorro de Rio Branco/AC. Na ausência de ambulância poderia ser fretado outro veículo.

Os critérios de pacientes considerados graves eram os seguintes: dispneia e saturação $< 95\%$, $fr > 30$ inc/min, febre mesmo que referida há 3 dias ($t: 37^{\circ}C$), sintomas gastrointestinais (vômito/diarreia), tosse, dor na garganta, cefaleia. O profissional médico decidia sobre o isolamento hospitalar ou encaminhamento para UBS de referência. A notificação dos casos era realizada pelo enfermeiro e encaminhará ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIVES/FVS-AM) via cievsam@gmail.com.

A Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) foi criada para os atendimentos de pacientes confirmados por COVID-19, com instalações de 06 (seis) leitos. A UCI dispõe de 03 (três) leitos com Suporte Ventilador Pulmonar com Monitores Multiparâmetros, em caso de necessidade de intubação devido às complicações graves.

VACINAÇÃO

O município, até o dia 25 de janeiro de 2022, teve 39.538 doses aplicadas, sendo 20.182 de 1ª dose, 15.782 de 2ª dose e 3.575 de doses de reforço, e, por fim, 633 doses de Dose Única (DU), com a vacinação nos adolescentes de 12 a 17 anos com o imunizante da Janssen. As vacinas recebidas foram dos fabricantes Coronavac, Astrazeneca, Janssen e Pfizer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 30 de setembro de 2021 a situação era que se tinha era de um último caso positivo registrado em 21 de agosto e o último óbito confirmado em 19 de julho de 2021, quando havia o acumulado de 2.675 casos de COVID-19, com 27 óbitos. Até 23 de outubro de 2021, observou-se uma incidência de 7.797 casos por 100.000 habitantes e uma taxa de mortalidade específica de 79 por 100.000 habitantes. A letalidade registrada (que não considera os casos não testados ou não confirmados) foi de aproximadamente 1,01%.

Quando esse texto estava em fase de revisão, janeiro de 2022, tivemos a terceira onda da pandemia pela variante ômicron, com maior capacidade de contaminação. Nesse momento, o município teve 3.099 casos confirmados e 29 óbitos desde o início da pandemia. Em 2022 teve 06 pessoas internadas e um óbito. Apesar do alto contágio dessa ômicron, não teve o número de morte das outras variantes devido à vacinação. Não resta dúvida de que a melhor estratégia de enfrentamento da pandemia seja a vacina e as medidas de prevenção como uso de máscaras e o distanciamento físico.

A pandemia não dá sinais que irá acabar tão cedo e por isso temos que nos preparar para as consequências e os efeitos que o vírus provoca na vida social, nos corpos e nas mentes das pessoas. Desse modo, entendemos que é tarefa de gestores, trabalhadores, pesquisadores e alunos divulgar as informações produzidas nos estudos e nas ações de saúde. O pensador Edgar Morin escreve sobre as lições que a pandemia deixa para todos nós, e uma delas é o despertar para a *“desigualdade social no isolamento”* (2021, p. 29), significando que precisamos aumentar a nossa solidariedade e a capacidade das políticas públicas garantirem a segurança social das pessoas que mais sofreram e sofrem com as desigualdades sociais. Portanto, o texto que escrevermos é uma forma de sonharmos juntos com a inclusão para as todas as pessoas nas suas mais diversas manifestações do viver.

REFERÊNCIAS

Amazonas. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Secretaria Executiva de Assistência do Interior. (2020). **Ações de Enfrentamento ao COVID-19**. Manaus, setembro de 2020.

Boca do Acre. Prefeitura do município de Boca do Acre. Secretaria Municipal de Saúde. (2021). **Plano Municipal de Contingência de Combate e Prevenção - COVID-19**. Atualizado em setembro de 2021.

Braga, U. & Werneck, G.L. Vigilância Epidemiológica. (2009). IN: Medronho, R.A et al (Org). **Epidemiologia**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Atheneu.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021). **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/boca-do-acre/historico>. Acessado em 16 de outubro de 2021.

Kadri, M. R. & Schweickardt, J.C. (2016). O território que corta os rios: a atenção básica no município de Barreirinha, Estado do Amazonas. In: Ceccim, R.B.; Kreutz, J.A.; Campos, J. D. P.; Culau, F. S.; Wottrich, L. A. F.; Kessler, L. L. (Orgs.). 2016. **Intensidade na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. Vol 2. Porto Alegre: Rede Unida.

Morin, E. (2021). **É hora de mudarmos a via: as lições do Coronavírus**. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Russel.

Mota, E. & Kerr, L.R.F.S. Medidas de Ocorrência de Doenças, Agravos e Óbitos in: Almeida Fº, N. & Barreto, M.L. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Pág. 107.

O enfrentamento da COVID-19 no município de Carauari/AM

Joana Maria Borges de Freitas
Marcus Vinícius Marcellini Silveira Ribeiro
Kátia Maria Lima
Raimundo Maia

INTRODUÇÃO

Antes de falar sobre o que o título deste capítulo já sugere, nos parece razoável começar com um breve histórico do município, cujo nome originou-se do lago “Carauari” que fica próximo à sede do município e liga-se por um canal ao rio Juruá, local habitado primitivamente por índios Canamaris, Catuquinas e outros. O referido lago é mais conhecido, pelos carauarienses, como “Sacado”, denominação incomum até para quem está familiarizado com os cenários da Amazônia. Uma explicação formal diz que os sacados são grandes lagos recuados, que no caso da região em questão, relaciona-se com o fato do rio Juruá ser um dos mais sinuosos da bacia amazônica (Cameron, 1999 apud Schweickardt, 2010).

Quanto ao nome do município, a palavra Carauari gera alguma curiosidade quando se ouve pela primeira vez, se apresentando inclusive um pouco difícil de pronunciar. De origem na língua geral indígena Nheengatu, ou Tupi, a palavra consiste na junção de “cará”, que é uma variedade de tubérculo comestível, e “uari”, que indica o verbo cair. Desta forma Cará-Uari seria num sentido literal “cará que cai”. Um tanto sem sentido, não? Afinal tubérculos são formações vegetais subterrâneas, ou seja, não caem. Sendo mais interessante a definição que entende a formação da palavra como Cará- alimento; e Uari- abençoado, do céu. Cará-do-Céu, comida abençoada (Cidades do meu Brasil, 2021).

Uma outra particularidade é que a região do Juruá é tradicionalmente uma área de extrativismo, tendo sido uma região de intensa exploração da borracha, base da economia local até a decadência da economia gomífera entre as décadas de 1970 e 1980, período em que o produto já quase não tinha compradores pelo Médio Rio Juruá, o que fez com que muitos seringueiros passassem a se dedicar a agricultura, a pesca e a extração da madeira (Schweickardt, 2010).

Quanto aos aspectos históricos de constituição do município, a cidade de Carauari passou por várias situações jurídico-políticas, variando entre Vila, Comarca e Município, tendo sua área territorial por várias vezes anexada e/ou desmembrada de outros municípios. Inicialmente foi denominado Xibauá, pelo Termo Judiciário de 26 de novembro de 1910, Lei n.º 641, passando a ser denominado Carauari três anos depois, pela Lei Estadual n.º 713 de 25 de abril de 1913 (IBGE, 2021).

Considerando a exposição do breve histórico, já podemos partir para o objetivo desta escrita, apresentar as ações de enfrentamento à COVID-19 no município de Carauari, como parte da pesquisa *“prevenção e controle da COVID-10: a transformação das práticas sociais da população em território de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”*. O texto foi elaborado com base nos documentos do município: Plano Municipal de Saúde (2018-2021), Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento da COVID-19 (2020 e 2021), Relatório Anual de Gestão (2020) e Decretos.

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CARAUARI/AM

O município está localizado na Região do Rio Juruá, a 780 Km em linha reta da capital Manaus por via aérea – direção sudoeste, e a 1.676 Km (ou 915 milhas) por via fluvial, através dos rios Juruá e Solimões; possui uma área geográfica de 25.767,35 km com uma população de 28.508 mil habitantes, o que corresponde a uma baixa densidade demográfica, 1,11 habitantes por km (IBGE, 2010). Quanto aos municípios limítrofes, Carauari faz divisa com os municípios de Tefé, Itamarati, Jutai, Tapauá e Juruá.

Figura 7. Localização geográfica



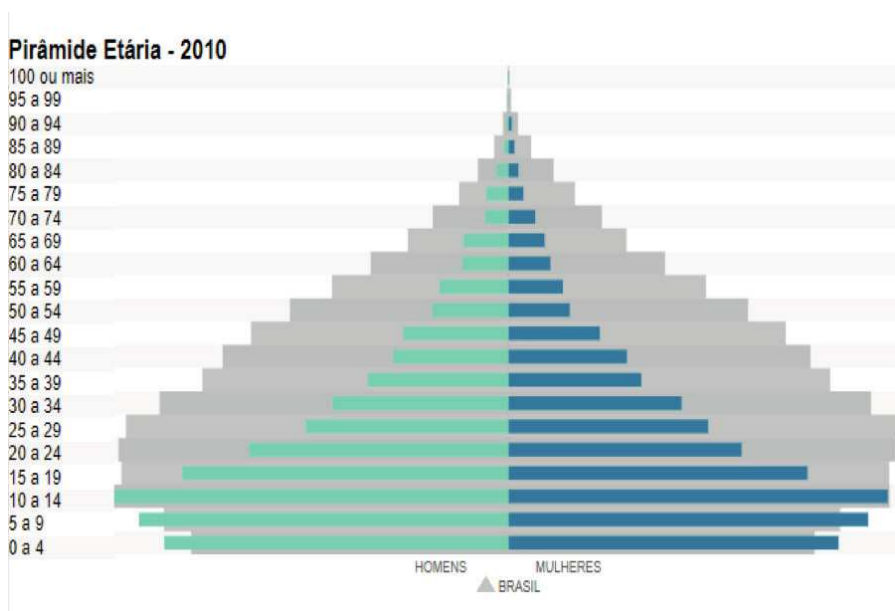
Fonte: Prefeitura Municipal de Carauari, 2017.

Quanto à distribuição do território urbano, o município de Carauari possui 15 bairros (Bairro de Fátima, Centro, Samuel Amaral, Nova República, Ramalhão, Morumbi, Memória, Flamengo, Bairro da Luz, 14 Bis, Loteamento do Orlando, Conjunto Eduardo Braga, Conjunto da Caixa, Jocunda e Bairro do Janjão), todos devidamente cadastrados nos programas de saúde do MS, além de várias áreas

que não são oficializadas como bairros, mas que apresentam grande fluxo populacional, pois são se trata de áreas interligadas ao povoado urbano (Ponte do Futuro, Campo do Sapatão, Bairro 55, Ponte do Gavião, Igarapé da Roça, Riozinho e ramais, entre outros). Já a zona rural é constituída por comunidades ribeirinhas, divididas em “parte de cima” e “parte de baixo” do Rio Juruá. Na parte de cima há 82 comunidades e 42 localidades; e na parte de baixo há 19 comunidades e 16 localidades (Prefeitura Municipal de Carauari, 2017).

De acordo com dados do último censo (IBGE 2010), Carauari caracteriza-se como um município subdesenvolvido, no qual são altas as taxas de natalidade. A mortalidade infantil ainda apresenta um índice elevado (12,6), somado a isto o município também está entre os que mais apresentam Desnutrição Infantil. A base larga da pirâmide indica que a maior parte da população é composta por pessoas de 0 a 19 anos, correspondendo a 52,8% do total de habitantes (Figura 8).

Figura 8. Pirâmide etária ambos os sexos



Fonte: IBGE, 2010.

De acordo com o Relatório Anual da Gestão 2020, as faixas intermediárias de 10 a 19 anos de idade indicam melhora na qualidade de vida dos adolescentes e jovens adultos, onde é perceptível o cuidado com relação à gravidez precoce, às doenças imunopreveníveis e doenças sexualmente transmissíveis. As doenças predominantes no município de Carauari são características de áreas subdesenvolvi-

das (negligenciadas), resultante da falta de políticas públicas dos entes federativos que possam oferecer melhorias quanto à má qualidade de vida da camada mais pobre da população (Prefeitura Municipal de Carauari, 2020d).

Os problemas de saúde encontrados na região nos fazem resgatar o conceito de tripla carga epidemiológica, doenças infecciosas coexistindo com os problemas crônicos degenerativos e com o crescimento da violência, acidentes de trânsito e outras causas externas (Mendes, 2008). A faixa etária mais elevada representa uma média de vida pequena, que talvez esteja ligada a doenças crônico-degenerativas, as quais têm relação direta com a falta de exercícios físicos e alimentação incorreta.

A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 90,2 %, conforme o Censo de 2010. Quanto ao trabalho e rendimento, o salário médio mensal era de 1.8 salários mínimos em 2019. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 5.6%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, Carauari tinha 50.9% da população nessas condições.

Quanto aos aspectos econômicos, a economia do município baseia-se principalmente em atividades do setor primário: extrativismo madeireiro, não madeireiro e mineral, pescado, agricultura e pecuária de subsistência; sendo as demais atividades econômicas, próprias dos aglomerados populacionais.

Sobre o saneamento básico, Carauari conta com abastecimento de água por meio de captação subterrânea. Quanto às instalações sanitárias, a maior parte da população utiliza fossa rudimentar, outra parte utiliza a rede geral de esgoto, bem como outras instalações; e uma parte significativa da população não possui instalações sanitárias.

A ATENÇÃO À SAÚDE

A rede física prestadora de serviços ao SUS é composta pela secretaria municipal de saúde, 06 (seis) unidades básicas de saúde, 01 (um) centro de atenção psicossocial, 01 (um) hospital geral, 01 (uma) unidade móvel fluvial, 02 (dois) postos de saúde, 02 (duas) unidades de vigilância em saúde e 01 (uma) unidade de atenção à saúde indígena.

A força do processo de trabalho da Atenção Básica é composta por servidores multiprofissionais contratados e profissionais pertencentes ao quadro da Prefeitura Municipal de Carauari. As UBS contam com equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos de higiene dental e agentes comunitários de saúde. As equipes contam ainda com 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – Modalidade 1, implantado em novembro de 2017 e devidamente cadastrado no CNES – Ministério da Saúde. Esse núcleo é composto por farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo,

profissional de educação física e assistente social.

Quanto à saúde bucal, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são realizados procedimentos preventivos, curativos e extrações dentárias, sendo a porta de entrada obrigatória para os serviços da atenção secundária quando necessário. As equipes da atenção primária realizam programas preventivos e educativos, ou seja, atuam nas UBS, atenção domiciliar e escolas, visando proporcionar a adoção de corretas práticas de higiene bucal e redução da incidência das patologias bucais. Em 2016, a cobertura de Equipe de Saúde da Família foi de 66,02%; da Equipe de Saúde Bucal foi de 47,88%; e de ACS 100%.

AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19

No município de Carauari, a primeira medida oficial para o enfrentamento da COVID-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, também chamado de novo Coronavírus, foi divulgada através do Decreto n. 18 de 20 de março de 2020, no qual o Prefeito decretou Situação de Emergência na Saúde Pública em razão da disseminação do novo Coronavírus, dispondo sobre medidas como: isolamento; suspensão de atividades, quarentena; determinação de realização compulsória de exames médicos, testes laboratoriais, coleta de amostras clínicas, vacinação e outras medidas profiláticas, ou tratamentos médicos específicos; estudo ou investigação epidemiológica; exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver; requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas.

O primeiro caso da doença foi confirmado no dia 14 de abril de 2020, com aumento significativo do número de infectados a partir do primeiro, razão pela qual decretou-se Calamidade Pública no município, regulamentada pelo Decreto 032/2020, de 17 de abril de 2020.

Dentre as várias medidas e ações para controlar a crise sanitária instaurada, foi criado o *“Gabinete Intersectorial de enfrentamento a pandemia do Coronavírus – COVID 19”*, cuja principal incumbência consistiu no repasse das orientações para todas as repartições municipais, redes de ensino e de saúde e espaços públicos, de acordo com a análise técnica dos profissionais de saúde. Regulamentado pelo Decreto n. 27 de 06 de maio de 2020, compuseram o Gabinete da crise, o prefeito municipal, sendo o presidente; 01 representante da Procuradoria Municipal; 03 representantes da Câmara Municipal de Carauari; 01 representante da Secretaria de Assistência Social; 01 representante da Defesa Civil; 01 representante da Secretaria Municipal de Saúde; 01 representante do Hospital Regional de Carauari; 01 representante da Fundação de Vigilância Sanitária e 01 representante da Polícia Civil.

Concomitantemente, a gestão municipal elaborou um plano de contingência de enfrentamento à COVID-19, com versões atualizadas em dezembro de 2020 e fevereiro de 2021. O referido documento foi elaborado pelas equipes da Atenção

Primária à Saúde (APS) e Unidade Hospitalar de Carauari (UHC), voltado para o contexto do município em questão, com base nas informações e orientações das normas técnicas federais e estaduais; e teve como objetivo sistematizar as ações e procedimentos de responsabilidade da esfera municipal, norteadas pelos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde, de modo a contribuir em caráter complementar para o trabalho dos profissionais de saúde, no que diz respeito à resposta ao surto de Coronavírus, de maneira antecipada e também na organização de fluxos para o enfrentamento de situações que saem da normalidade (Prefeitura Municipal de Carauari, 2020a).

Nesse sentido, estabeleceu-se no âmbito da Atenção Primária à Saúde, as seguintes ações e procedimentos: barreiras sanitárias; educação em saúde; atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); UBS de referência; e quarentena.

BARREIRAS SANITÁRIAS

As barreiras sanitárias foram montadas no Porto fluvial principal; Porto fluvial do Gavião; Aeroporto e Boca do Sacado, nas quais os profissionais responsáveis listavam os nomes de todos que chegavam e davam orientações quanto à quarentena por 7 dias, mesmo não apresentando sintomas. Também faziam o cadastro das pessoas com sintomas indicativos de COVID-19, bem como davam os encaminhamentos possíveis.

Figura 9. Triagem no Aeroporto



Fonte: Prefeitura Municipal de Carauari, 2020c.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde configura um processo essencial para a autonomia nos cuidados individual e coletivo, para tanto entre as ações adotadas pelo município de Carauari estão a capacitação de todos os profissionais de saúde; a realização de palestras específicas sobre a prevenção de Coronavírus nas escolas, igrejas e demais locais públicos; a distribuição de panfletos e cartazes em hotéis escolas, igrejas, empresas privadas e demais locais públicos; orientações e esclarecimentos semanais difundidos via rádio local; reunião nas escolas com os pais de alunos; e reuniões em empresas privadas.

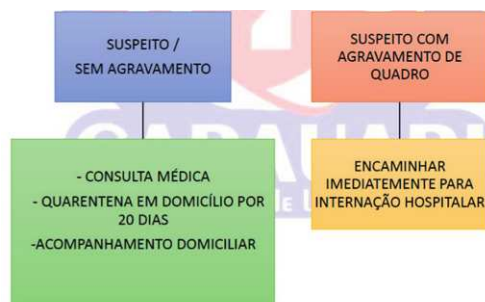
ATENDIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

Foi realizada uma padronização do atendimento nas UBS, com disponibilização de álcool em gel em todos os consultórios e recepção; distribuição de máscaras para todos que entrassem nas unidades; limitações quanto a presença de acompanhantes não necessários durante as consultas; higienização das mãos e pulsos dos clientes que tivessem a pressão arterial aferida; atendimento domiciliar para gestantes de alto risco, crianças com consulta de puericultura, bem como portadores de doenças crônicas.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE REFERÊNCIA

No plano de contingência estabeleceu-se que a Unidade Básica de Saúde Pedro Galdino da Silva, localizada do centro da cidade, seria a UBS referência para os casos de COVID-19, sendo as atividades normais da referida unidade transferidas para as demais UBS, ficando nesta somente os atendimentos de casos suspeitos e coleta de material biológico ao LACEN/FVS-AM, sendo a coleta de material de responsabilidade do bioquímico do município, ou profissional capacitado e coordenado pelo mesmo.

Figura 10. Fluxograma de atendimento



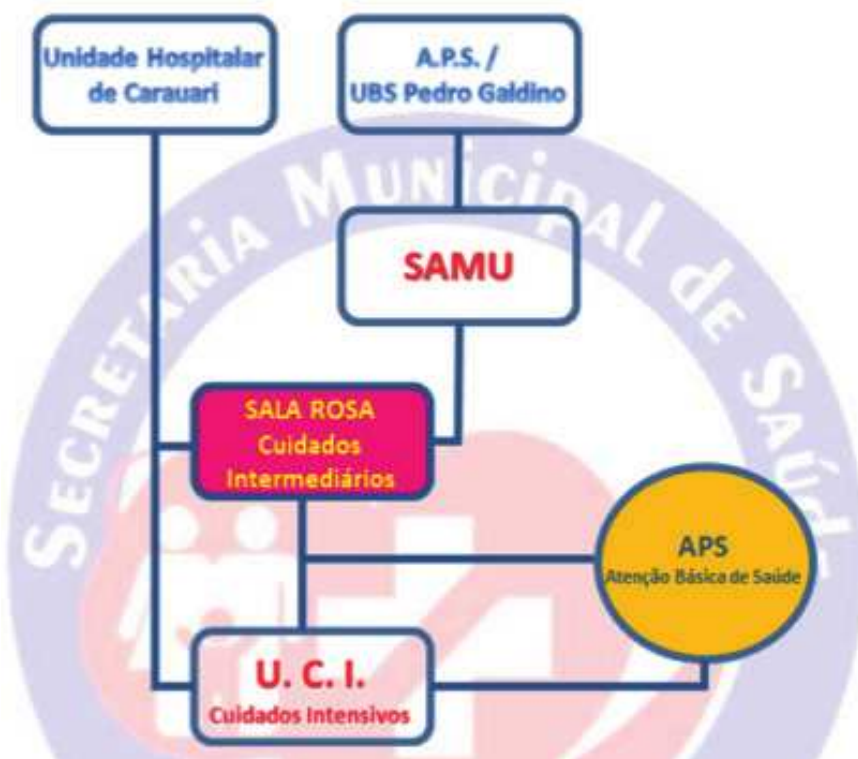
Fonte: Prefeitura Municipal de Carauari, 2020c.

UNIDADE HOSPITALAR

No Hospital Geral de Carauari designou-se a Sala Rosa, para atendimento de casos suspeitos de Coronavírus, um espaço para cuidados intermediários. Uma recepção específica foi destinada para os pacientes com suspeitas encaminhados das UBS. Os pacientes com sintomas de gripe são encaminhados para atendimento na UBS de referência, para tanto o transporte é feito por ambulância.

Usuários com dispneia e saturação $< 95\%$, FR > 30 inc/min, febre mesmo que referida há 3 (três) dias ($T: 37^{\circ}\text{C}$), sintomas gastrointestinais (vômito/diarreia), tosse, dor na garganta, cefaleia, devem ser encaminhados diretamente para a sala rosa, para atendimento médico, cabendo a este decidir se fará procederá a internação na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) ou encaminhará para UBS de referência que deverá comunicar ao enfermeiro que fará a notificação e comunicará a vigilância epidemiológica em até 24hrs.

Figura 11. Fluxograma Unidade Hospitalar



Fonte: Prefeitura Municipal de Carauari, 2020b.

VACINAÇÃO

A imunização começou no município de Carauari, em 20 de janeiro de 2021. Inicialmente foram vacinados os profissionais de saúde, indígenas aldeados e idosos. Quanto à população geral, até outubro de 2021, o percentual de 58, 13 % tinha recebido a 1ª dose da vacina e 37, 39% a segunda. No que se refere à população a partir de 12 anos, 84, 83% recebeu a 1ª dose e 54,56% recebeu a segunda.

UMA SÍNTESE PARA AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de saúde adotadas pelos diversos municípios e serviços de saúde podem ser acompanhadas por boletins, decretos e recomendações, tais documentos são publicados nos respectivos canais oficiais de comunicação. No município de Carauari, esses registros, indicam que as ações de saúde inicialmente foram focadas na comunicação pública do estado de emergência sanitária, suspensão de aulas e outras atividades comunitárias do serviço público, bloqueio do fluxo de embarcações nas regiões portuárias, suspensão de atividades comunitárias do serviço privado, suspensão ou diminuição de atividades presenciais dos serviços públicos, estabelecimento dos grupos considerados de risco e pela quarentena e isolamento de doentes. Diante do cenário de enfrentamento inicial de um problema de saúde grave e consideravelmente desconhecido, apesar de já avançado há alguns meses em outros países, estas foram algumas das orientações e medidas no momento inicial. É importante apontar também que somente quarenta dias após os primeiros decretos de emergência sanitária e calamidade pública, foi estabelecido o uso obrigatório de máscaras como medida protetiva coletiva.

Estas ações iniciais parecem apresentar relevância para sensibilização da população com relação ao grave momento, representado pelo grande risco de contrair uma doença de rápido desfecho letal, principalmente para os grupos de risco, prontamente destacados nos documentos oficiais. Quanto ao incremento da estrutura de saúde para apoio e tratamento, diante da crise sanitária que se anunciava, não foi identificado nos documentos oficiais nenhuma medida para ampliação da estrutura de saúde já existente, antecipação relevante diante do cenário de outros países em que a disseminação comunitária já estava ocorrendo, bem como o colapso dos sistemas de saúde locais, indicando que o mesmo ocorreria nos municípios brasileiros.

As ações de bloqueio de embarque e desembarque nas regiões portuárias podem ter efeitos positivos para a diminuição da disseminação da doença, restringindo o fluxo de pessoas entre os municípios. As necessidades regionais, porém, relativas ao abastecimento de alimentos, trocas comerciais, aquisição de medicamentos e ações de proteção social, podem ficar extremamente prejudicadas caso não ocorra um bom planejamento para contornar os graves problemas decorrentes destes bloqueios portuários. A intensificação da situação de fome,

miséria, falta de medicamentos e insumos básicos cotidianos foi um cenário recorrente, relacionado aos desdobramentos desta ação específica, que poderia ser melhor coordenada.

As estratégias apresentadas nos planos de enfrentamento à crise sanitária, decretos, ações e recomendações, seguem por essas medidas que foram descritas anteriormente nos contextos iniciais do advento da pandemia no território brasileiro, com poucas alterações ao longo do tempo, emergindo como principal mudança nos planos e ações comunitárias, nos meses finais do ano de 2020 e nos meses iniciais de 2021, a inclusão de estratégias individuais e comunitárias de tratamentos preventivos e precoces, com diversas medicações, muitas vezes indicadas para pessoas saudáveis e sem queixas, mas também indicadas nos casos suspeitos de COVID-19 iniciais e de sintomas leves, independente do resultado dos testes de confirmação. Tais planos de enfrentamento, decretos e recomendações, apresentam estratégias para estabelecer barreiras sanitárias nos portos e aeroportos, buscando pessoas sintomáticas e indicando seu isolamento por sete dias, as recomendações indicam também ações chamadas de educação em saúde, por meio da capacitação de profissionais, palestras à população, distribuição de panfletos, informativos nos rádios, orientações a empresas para afastamento de sintomáticos e suspensão de aulas em escolas públicas havendo casos suspeitos de COVID-19. As orientações às unidades básicas parecem focar na identificação de pessoas com comorbidade e demais grupos de risco para infecções graves, estabelecendo a identificação de casos graves e sua internação hospitalar.

A partir dos últimos meses de 2020, podemos observar o estabelecimento de tratamento precoce como competência dos serviços de atenção básica, indicando a administração de substâncias especificadas como Ivermectina, Zinco, Vitamina D e Azitromicina (em alguns momentos inclui-se também ácido acetil salicílico, vitamina C, acetilcisteína e polivitamínico), aos indivíduos sintomáticos, independente de resultados de testes. Somado a isso, temos também o estabelecimento de tratamento chamado de tratamento da fase inflamatória, com oxigenoterapia e medicamentos descritos como dexametasona, anticoagulante e antibioticoterapia. Neste período, também, observamos a adoção de medidas chamadas ação profilática com Ivermectina, na qual foram administradas milhares de doses do medicamento para a população do município. (necessário incluir posteriormente a observação de que não há planejamento de distribuição de máscaras para a população, que aparece na maioria das fotos das ações de saúde, sem máscara. Tampouco há descrição de planejamento de avaliação do efeito das ações de educação em saúde e das demais ações em saúde).

No âmbito hospitalar após os primeiros meses da chegada da pandemia no território brasileiro, iniciam as recomendações de criação de enfermaria específica para casos graves e sala de observação para casos moderados, já no final do ano de 2020 há a indicação de possível expansão dos leitos de cuidados intermediários.

Nas estratégias apresentadas pelo município nos documentos oficiais, não é possível perceber ações voltadas para distribuição de máscaras para os indivíduos, nem a busca por estratégias que sejam efetivas para que a população tenha adesão a este tão recomendado ato de proteção individual. Outra ausência notável é o do desenvolvimento de planos de proteção social, que garantam alimentos, água potável e insumos básicos para todas as pessoas durante os períodos mais críticos envolvendo o bloqueio de portos e aeroportos, lockdown e isolamento nos picos de contágio. A proteção social tem relação direta com as condições de saúde e tem sua relevância intensificada em momentos de crise intensa como desastres e epidemias, tem relação direta com a capacidade das pessoas ficarem em casa nos momentos de cenário epidemiológico mais crítico. A fome, a exposição à violência, o consumo de água poluída e a pobreza, aumentam a gravidade clínica e o risco de morte quando esta pessoa é acometida por outros problemas de saúde, portanto a proteção desses fatores sociais é extremamente relevante para as estratégias em saúde (Marmot, 2001).

Por fim destaca-se que a importância da avaliação das atividades implementadas, ponto não descrito nos planos e protocolos do município, o acompanhamento ao longo do tempo dos possíveis efeitos das ações propostas se faz necessário para que as atividades sejam alteradas, ampliadas e/ou reforçadas.

REFERÊNCIAS

Cidades do meu Brasil. (2021). **Tudo sobre Carauari**. <https://www.cidadesdomeu-brasil.com.br/am/carauari>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). **Carauari**. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/carauari/historico>

Mendes, EV. (2008). Redes de Atenção à Saúde. **Rev Med Minas Gerais**; 18(4 Supl 4): S3-S11. <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1262>

Prefeitura Municipal de Carauari. (2017). **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Secretaria Municipal de Saúde.

Prefeitura Municipal de Carauari. (2020a). **Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Doença pelo Coronavírus (COVID-19)**. Secretaria Municipal de Saúde. Março/2020.

Prefeitura Municipal de Carauari. (2020b). **Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Doença pelo Coronavírus (COVID-19)**. Secretaria Municipal de Saúde. Dezembro/2020.

Prefeitura Municipal de Carauari. (2020c). **Recomendação 001-2020 - Ministério**

Público Federal/Enfrentamento à COVID-19 - Município De Carauari-Am. Secretaria Municipal de Saúde.

Prefeitura Municipal de Carauari. (2020d). **Relatório Anual de Gestão 2020.** Secretaria Municipal de Saúde.

Schweickardt, KHSC. (2010). **As diferentes faces do Estado do Amazonas: etnografia dos processos de criação e implantação da RESEX Médio Juruá e da RDS Uacari no Médio Rio Juruá.** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: UFRJ.



Análise da situação de saúde e as ações de enfrentamento à COVID-19 em Itacoatiara/AM

Angela Xavier Monteiro

Gabriel Romero

Naiá Leide Monteiro de Souza

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

INTRODUÇÃO



A pandemia do COVID-19 representou o evento de emergência pública de caráter internacional de maior expressão catastrófica que interferiu diretamente na vida das pessoas e ressignificou as rotinas de cuidado ofertados dos serviços de saúde nos diversos territórios, inclusive na Amazônia.

No Brasil, a primeira confirmação de COVID-19 ocorreu em 26 de fevereiro de 2020, em um morador de São Paulo que havia voltado de uma viagem para a Itália. Em 31 de dezembro, do mesmo ano, já eram 7,6 milhões de casos e mais de 197 mil óbitos confirmados. No Amazonas, o primeiro caso da doença foi confirmado dia 13 de março, em uma mulher com histórico de viagem recente para Londres (SES-AM). Após a confirmação do primeiro caso de Coronavírus na capital do estado do Amazonas, Manaus, em março de 2020, o estado apresentou uma crescente no número de casos e mortes pela doença. Não obstante a isso, o Amazonas alcançou as mídias nacional e internacional, protagonizando o caos pandêmico em duas cenas (picos) da epidemia, ocorridas em maio de 2020 e em janeiro de 2021, sendo esta última agravada pela falta de suporte de oxigênio nos serviços privados e públicos de saúde do Estado.

Diante da história recente de evolução rápida do número de casos e de óbitos no Amazonas, é imperioso conhecer qual a evolução da doença no interior do Amazonas, em especial em Itacoatiara que representa uma referência de acesso aos serviços de saúde de média complexidade para a região de saúde denominada Médio Amazonas. O município de Itacoatiara iniciou sua movimentação no sentido de prevenção do contágio uma semana após o primeiro caso confirmado

no Amazonas, na semana do dia 20 de março - Semana Epidemiológica (SE) 11 (Itacoatiara, 2020). Os primeiros casos confirmados de COVID-19 no município se deram na SE 14. (FVS - AM). Esse episódio cotidiano mudou os hábitos comunitários, modificou fluxos de acesso aos serviços pelos ribeirinhos e a forma de se relacionar entre as pessoas, devido a intervenção dos governos estadual e municipal na circulação de pessoas nas ruas e nas viagens ribeirinhas.

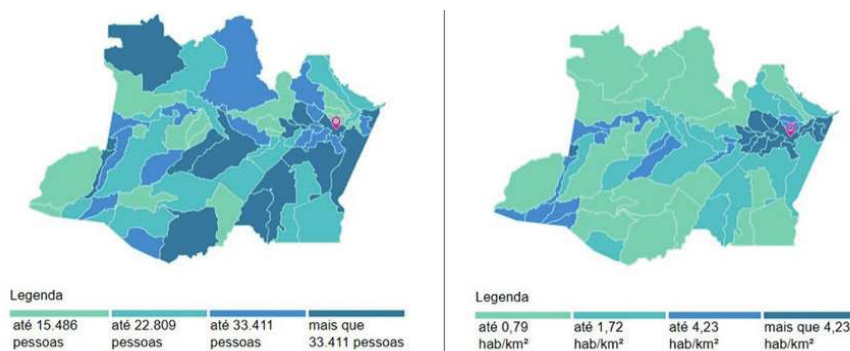
Desta forma, torna-se premente um olhar exploratório sobre as condições de vida e de saúde dos itacoatiarenses no momento do advento do COVID-19. Assim, o presente texto tem por objetivo apresentar informações a respeito dos aspectos sociodemográficos, sanitários e relacionados a COVID-19 no município de Itacoatiara, como parte da pesquisa *“Prevenção e controle da COVID-10: a transformação das práticas sociais da população em território de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”*.

CARACTERIZAÇÃO DE ITACOATIARA

O município de Itacoatiara, está situado na região centro-leste do estado do Amazonas, microrregião de Itacoatiara e mesorregião do Centro Amazonense, em uma área de baixo planalto. Compõe a Região Metropolitana de Manaus com mais sete cidades, sendo Manaus, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Careiro da Várzea, Iranduba, Manacapuru e Novo Airão¹. Ocupa uma área territorial de 8.891,906 km², com densidade demográfica de 9,77 hab/km², sexta posição no Estado. De acordo com o último censo populacional (2010) contava com uma população de 86.839 habitantes, sendo 58.157 residentes na área urbana e 28.682 na área rural, ocupando a 3ª posição no Estado e 323ª posição no país, com uma população estimada para 2021 de 104.046 pessoas (IBGE, 2010).

Faz parte da região de saúde Médio Amazonas, juntamente com os municípios de Itapiranga, São Sebastião do Uatumã, Silves, Urucará e Urucurituba, totalizando uma população de 172.997 habitantes e densidade demográfica de 3,0 hab/km², o que equivale a 4,2% da população da Macrorregião Leste, sendo Itacoatiara o município de referência assistencial para a atenção especializada de média complexidade e sede da CIR dessa região de saúde (Sesam, 2019).

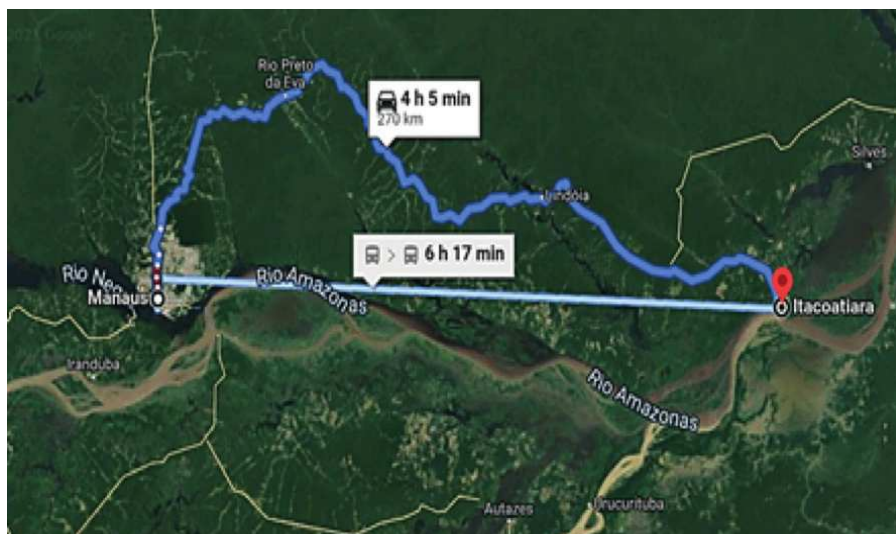
Figura 12. População e densidade demográfica dos municípios do Amazonas, com destaque para Itacoatiara, 2010.



Fonte: IBGE cidades, 2010.

O deslocamento entre o município e a capital do estado, Manaus, pode se dar tanto por via terrestre como via fluvial, sendo que o município dista 175,89 km em linha reta da capital, porém considerando o deslocamento terrestre, por meio da Rodovia AM 010, a distância a ser percorrida é de 270 km, e via fluvial o trajeto a ser percorrido é de 211 km (Schor e Marinho, 2013).

Figura 13. Deslocamento entre Manaus e Itacoatiara via terrestre e fluvial.



Fonte: Google Maps, 2021.

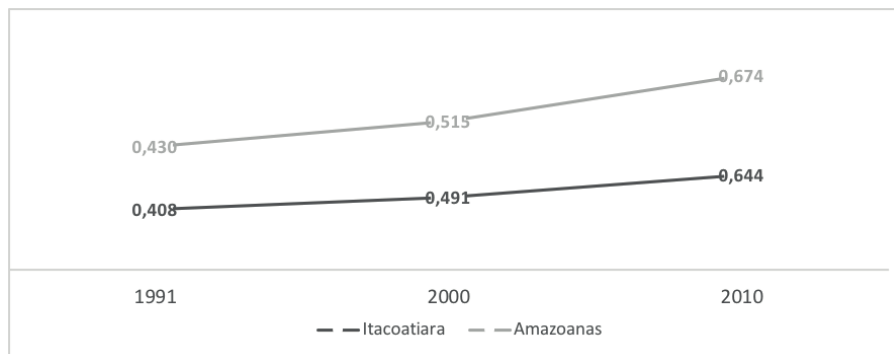
DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Apesar da pandemia do COVID-19 ser um fenômeno global, esta ocorre em contextos locais, havendo diferentes impactos entre populações que vivem em situações sociais e economicamente distintas. O impacto da desigualdade social na saúde e especificamente no caso da pandemia da COVID-19, pode acontecer por meio de dois efeitos: absoluto e contextual, onde o primeiro se refere ao impacto direto da distribuição de renda nos desfechos da saúde e segundo diz respeito ao fato de que em localidades mais desiguais, as políticas públicas como as de segurança, saneamento, habitação, estrutura de saúde, são piores, políticas estas que impactam na qualidade de vida de todas as pessoas, porém com mais intensidade naquelas em situação de maior vulnerabilidade (Demenech *et al.*, 2020 e Sanhueza-Sanzana *et al.*, 2021). Dessa forma, quanto maior o desenvolvimento social do município, melhor o acesso a água encanada, esgotamento sanitário e renda e menor a vulnerabilidade do município a COVID-19. Portanto, conhecer o cenário de desenvolvimento social do município é fundamental para refletir sobre a evolução da pandemia e as medidas implementadas para conter o avanço da doença no município.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador usado para medir o progresso a longo prazo, composto por três dimensões básicas: renda, educação e saúde, considerados critérios para a expansão do desenvolvimento e qualidade de vida das pessoas. A base conceitual do IDH parte do pressuposto de que para avaliar a evolução de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também características sociais e proporciona um contraponto a outro indicador comumente utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita (PNUD, 2021)

Itacoatiara apresentou um IDH de 0,644 em 2010, correspondendo a um aumento de 31,16% em relação ao ano 2000. Já no Estado do Amazonas, o aumento observado entre 2000 e 2010 foi de 30,87%, finalizando 2010 com 0,674, ambos classificados como médio desenvolvimento (Gráfico 1). Ao comparar o desenvolvimento humano de Itacoatiara com outros municípios do país, em 2010, o IDHM do município ocupava a 3222ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros, com queda de 128 posições desde 2000, e entre os municípios do estado do Amazonas ocupava a 5ª posição, com avanço de 2 posições no mesmo período (IBGE, 2010 e Brasil, 2021).

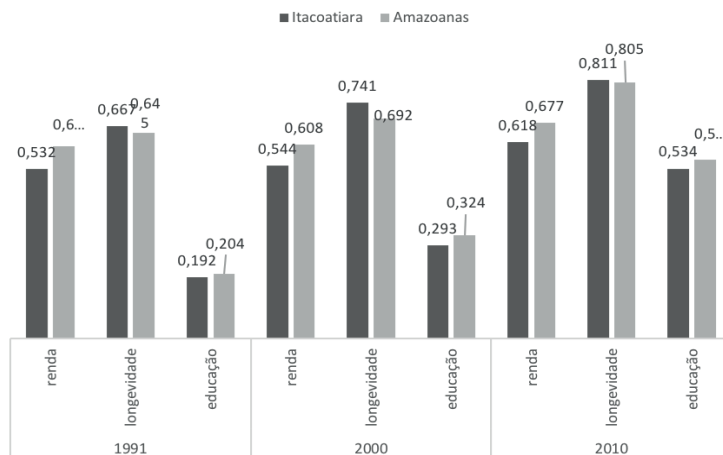
Gráfico 1. Índice de Desenvolvimento Humano no município de Itacoatiara, AM e do estado do Amazonas, nos anos 1991, 2000 e 2010



Fonte: IBGE, 2010.

Considerando as dimensões do IDHM entre 2000 e 2010, verificou-se que o IDH educação apresentou avanço de 0,293 para 0,534, representando um aumento de 82,25%; no IDHM longevidade houve aumento de 0,741 para 0,811, variação de 9,45% e no IDHM renda houve incremento de 0,544 em 2000 para 0,618 em 2010, correspondendo a 13,60%, valores próximos aqueles encontrados no estado do Amazonas em 2010 conforme demonstrado no Gráfico 1 (Brasil, 2021).

Gráfico 2. Dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano no município de Itacoatiara, AM e Estado do Amazonas, 1991, 2000 e 2010.



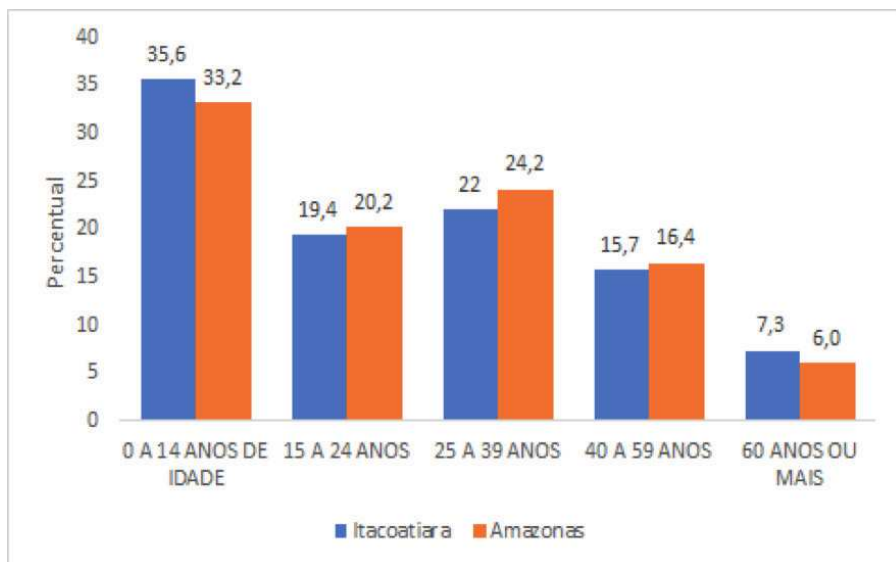
Fonte: Atlas Brasil, 2021.

LONGEVIDADE

A população do município apresentou tendência de aumento, com crescimento de 5,91% entre 2013 e 2017, com uma estimativa de 94.278 pessoas em 2013 para 99.854 em 2017, tendência próxima ao registrado no estado do Amazonas com 6,71% no mesmo período. A estrutura etária do município apresenta um predomínio de jovens, com 35,6% de menores de 15 anos de idade, 19,4% de 15 a 24 anos e 22% na faixa etária de 25 a 39 anos.

Ao comparar com o estado do Amazonas, observa-se que este encontra-se com 32,3% de menores de 14 anos, 20,2% de 15 a 24 anos e 24,2% de 25 a 39 anos. Entretanto, no que se refere ao percentual de idosos, Itacoatiara apresenta percentuais superiores em relação ao Estado do Amazonas, conforme pode ser constatado no gráfico abaixo (IBGE, 2021).

Gráfico 3. Distribuição da população de Itacoatiara e do Estado do Amazonas por faixa etária, 2010.



Fonte: IBGE Cidades.

Sendo assim, a taxa de envelhecimento, ou seja, a razão entre a população de 65 anos de idade ou mais em relação à população total era de 5,03% em 2010, o que representou um aumento de 0,97% desde 2000, resultado superior ao registrado para o estado do Amazonas, com 4,03% no mesmo ano (Brasil, 2021).

A longevidade no IDHM é medida por meio da expectativa de vida ao nascer, que representa o número médio de anos que se esperaria que um recém-nascido vivesse. O valor dessa variável no município era de 69,44 anos, em 2000, e 73,66 anos, em 2010. No Amazonas, a esperança de vida ao nascer era 66,51 anos em 2000, e de 73,30 anos, em 2010.

A taxa de mortalidade infantil, um dos componentes da expectativa de vida ao nascer, é definida como o número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade para cada mil nascidos vivos; este indicador apresentou uma redução de 31,46 em 2000, para 15,31 em 2010 e 11,34 por mil nascidos vivos em 2016 e novo aumento para 18,14 por mil nascidos vivos em 2017. No estado do Amazonas, essa taxa passou de 37,95 para 17,01 óbitos por mil nascidos vivos entre 2000 e 2010 (Brasil, 2021).

DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

Os valores da renda per capita mensal entre 2000 e em 2010, evidenciam crescimento da renda no município entre os anos mencionados. A renda per capita mensal no município era de R\$ 235,91 em 2000, e de R\$ 373,71, em 2010 a preços de agosto de 2010, o que representa um aumento de 58,41% no período analisado.

Em 2019 no município, o salário médio mensal era de 1,9 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 9,8%; comparando com os outros municípios do estado, ocupava as posições 9 e 8 de 62, respectivamente. Ao comparar com cidades de todo o país, ficou na posição 2.553 e 3.566 de 5.570, respectivamente. Considerando os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 45,2% da população nessa situação, o que o colocava na 57ª posição entre 62 cidades do estado e na posição 2.125 de 5570 cidades do Brasil (Brasil, 2021).

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano, são consideradas extremamente pobres, pobres e vulneráveis à pobreza as pessoas com renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$70,00, R\$140,00 e R\$255,00 (valores a preços de 01 de agosto de 2010), respectivamente. Neste contexto, em 2000, 28,89% da população do município eram extremamente pobres, 56,69% pobres e 78,57% vulneráveis à pobreza; em 2010, esses percentuais reduziram para 17,45%, 36,60% e 58,58%, respectivamente (Brasil, 2021).

Nesta seara, o Índice de Gini é um indicador usado para medir a concentração de renda em determinado grupo, apontando a diferença entre os maio-

res e menores rendimentos; varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior a concentração de renda. Em 2000 o coeficiente do município era de 0,6047 e em 2010 reduziu para 0,5969, sendo que apesar do declínio observado, o índice de Gini permaneceu com padrões de elevada concentração de renda em 2010 (Brasil, 2010).

Estudo de base nacional constatou que regiões com situação de maior desigualdade econômica, por meio da análise do Coeficiente de Gini, estiveram associados a maiores taxas de incidência e mortalidade pelo COVID-19 no país. Este cenário de desigualdade tem se mostrado determinante na forma como epidemia do COVID-19 se disseminou, onde as regiões mais pobres, são aquelas com as maiores prevalências de casos da COVID-19, constatando que a epidemia de COVID-19 revelou os contrastes das desigualdades no Brasil (Demenech LM et al., 2020).

EDUCAÇÃO

O IDHM Educação é composto por cinco indicadores, sendo que quatro deles se referem ao fluxo escolar de crianças e jovens, buscando medir até que ponto estão frequentando a escola na série adequada à sua idade e o quinto indicador refere-se à escolaridade da população adulta (Brasil, 2021). Estudo de Cestari, et al., (2021) revelou que quanto maior a escolaridade da população, menor o risco para adoecimento por COVID-19, e ainda, a população em idade ativa para o trabalho é a que tem maior vulnerabilidade à doença.

Em Itacoatiara, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 85,44%, em 2010; a proporção de crianças de 11 a 13 anos, frequentando os anos finais do ensino fundamental, era de 75,82%, 45,92% de jovens de 15 a 17 anos estavam com ensino fundamental completo e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 21,93% neste mesmo ano (Brasil, 2021).

No ano 2000, 64,62% da população de 6 a 17 anos estavam cursando o ensino básico regular com menos de dois anos de defasagem idade-série e em 2010, esse percentual era de 78,01%, o que representou um aumento de 13,39%. A taxa de distorção idade-série no ensino médio no município era de 46,50%, em 2016, e reduziu para 44,60%, em 2017. Por sua vez, a taxa de evasão no fundamental foi de 4,40%, em 2013, para 4,80%, em 2014. A taxa de evasão no ensino médio foi de 12,10%, em 2013, e, em 2014, de 11,90% (Brasil, 2021).

A expectativa de anos de estudo se refere à frequência escolar da população em idade escolar, indicando o número de anos de estudo que uma criança que

inicia a vida escolar no ano de referência terá completado ao atingir a idade de 18 anos. No município, esse indicador registrou 6,68 anos em 2000 e 8,76 anos, em 2010 (aumento de 2,08 anos), enquanto no estado houve aumento de 6,68 anos para 8,54 anos (1,86 anos) (Brasil, 2021).

Outro indicador que compõe o IDHM Educação e mede a escolaridade da população adulta é o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo, o que reflete defasagens das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 29,21% para 46,26%, no município, com aumento de 17,05%, e de 37,14% para 54,87% no estado (aumento de 17,73%).

Em 2010, considerando-se a população de 25 anos ou mais de idade, 11,96% eram analfabetos, 42,42% tinham o ensino fundamental completo, 28,55% possuíam o ensino médio completo e 5,88%, o superior completo. No estado do Amazonas, esses percentuais eram, respectivamente, 12,30%, 52,07%, 37,77% e 8,23% (Brasil, 2021).

A análise desses indicadores no contexto da pandemia permite nortear o estabelecimento de políticas públicas e intervenções com maior equidade, visando privilegiar grupos em situação de maior vulnerabilidade, a fim de melhorar a situação de saúde da população.

SISTEMA DE SAÚDE

De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), Itacoatiara apresentou, até junho de 2021, 59 equipes de saúde entre Equipe Multidisciplinar de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI), Equipe de Saúde da Família (ESF) e Equipe de Saúde Bucal (ESB) e 47 estabelecimentos de saúde, divididos por tipo na Tabela 1.

Dos 47 estabelecimentos de saúde, 31 são de administração pública municipal, 12 são de entidades empresariais, 3 de entidades sem fins lucrativos e 2 de pessoas físicas. Também há dois estabelecimentos de habilitação federal (CAPS II e Centro especialidades odontológicas II).

Do total de estabelecimentos, 27 são do SUS, dos quais 15 são Unidades Básicas de Saúde, 5 são ambulatórios, 1 hospital geral, 1 Unidade de Atenção à Saúde Indígena, 1 Unidade Móvel Fluvial, 1 Unidade de Pronto Atendimento, 1 Centro de Atendimento Psicossocial, 1 Farmácia e 1 Laboratório de Saúde

Pública. Alguns estabelecimentos, dos 47 totais, abrangem mais de um tipo de atenção segundo complexidade. Segundo dados do CNES, Centros de Saúde/ Unidades Básicas de saúde abrangem serviço de atenção básica e ambulatorial de média complexidade. A Tabela 2 divide os estabelecimentos por nível de atenção/complexidade. O hospital geral de Itacoatiara (Hospital Regional José Mendes) é o único estabelecimento de alta complexidade ambulatorial.

Tratando-se da quantidade de leitos, há um total de 14 leitos de repouso e observação dentro do serviço ambulatorial, divididos em 6 leitos para pediatria, 3 leitos femininos, 4 leitos masculinos e 1 indiferenciado. Também há 110 leitos de internação hospitalar, sendo que todos os leitos de internação estão Hospital Regional José Mendes.

Em julho de 2020 foram criados 3 leitos complementares voltados ao Suporte Ventilatório Pulmonar para COVID-19. A partir de fevereiro de 2021, este valor foi duplicado para 6 leitos complementares com essa finalidade (CNES). Comparando-se julho de 2020 com julho de 2021, o número de equipamentos para manutenção da vida aumentou significativamente em Itacoatiara (tabela 1). A aquisição de novos equipamentos também se deu a partir de fevereiro de 2021.

Tabela 1. Equipamentos para Manutenção da Vida no Município de Itacoatiara em julho de 2020 e em julho de 2021

Tabela 1. Equipamentos para Manutenção da Vida no Município de Itacoatiara em julho de 2020 e em julho de 2021

Equipamento	Existentes julho 2020	Em Uso julho 2020	Existentes julho 2021	Em uso Julho 2021
Bomba de Infusão	-	-	6	6
Berço Aquecido	1	1	1	1
Desfibrilador	3	3	3	3
Incubadora	1	1	1	1
Monitor de ECG	2	2	38	28
Monitor de Pressão não-invasivo	2	2	8	8
Reanimador Pulmonar/AMBU	16	16	16	16
Respirador/Ventilador	5	5	8	8
Total	30	30	81	71

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES.

O número de profissionais por ocupações em geral no município de Itacoatiara é de 1505. Do total, 281 têm nível superior e, dentre esses, 68 são médicos, de diferentes especialidades e ocupações e 68 são enfermeiros.

A PANDEMIA EM ITACOATIARA

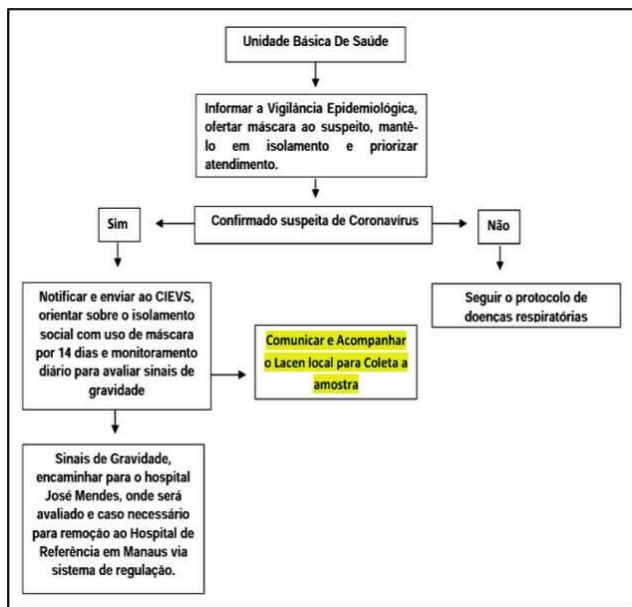
No dia 13 de março de 2020, durante a Semana Epidemiológica (SE) 11, o Governo do Estado do Amazonas confirmou o primeiro caso de COVID-19 no estado. Em 20 de março de 2020, durante a SE 12, foi declarada Situação de emergência no município de Itacoatiara por meio do Decreto nº 0867, e suspendeu por 15 dias - que posteriormente foram prorrogados - a contar de 23 de março, determinadas atividades e eventos, mantendo a atividade de estabelecimentos médicos, hospitalares, laboratórios de análises clínicas, farmacêuticos, farmácias de manipulação, psicológicos, clínicas de fisioterapia, de vacinação humana e pet shops. Dentre outras disposições, foi instituído o Comitê de Operações de Emergência Municipal COE-COVID-19, responsável por instituir diretrizes gerais para a execução das medidas determinadas pelo decreto. Além disso, ficou estabelecido que a edição do plano de contingência para combate à pandemia seria de competência da Secretaria Municipal de Saúde.

No município de Itacoatiara, os primeiros casos confirmados de COVID-19 ocorreram no final de março de 2020, com 4 casos registrados na semana epidemiológica SE 14, evidenciando um crescente número de casos nas semanas subsequentes. No entanto, antes da confirmação de casos em Itacoatiara, no dia 17 de março de 2020 (5 dias após o primeiro caso confirmado no Amazonas) a Prefeitura Municipal de Itacoatiara expediu o decreto nº 866, sobre as medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito da Administração Pública Municipal, interrompendo atividades (rede de ensino municipal, eventos realizados pela administração municipal etc) e restringindo as participações presenciais de agentes públicos sintomáticos ou com regresso recente de países com transmissão comunitária do agente infeccioso.

No mesmo dia 20, seguindo solicitações da Fundação de Vigilância em Saúde, desenvolveu-se o Plano de Contingência Municipal, que depois seria atualizado segundo o cenário epidemiológico vigente (Itacoatiara, 2020). Este documento tinha como objetivo geral: *“Formular e implantar o plano de resposta rápida para a prevenção e controle da emergência de saúde pública de magnitude pandêmica causada pela nova cepa de COVID-19 no município de Itacoatiara”* (BRASIL, 2020).

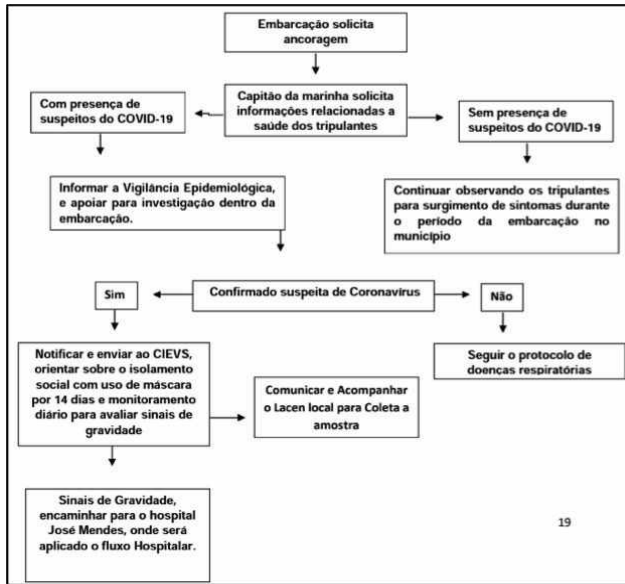
O Plano de Contingência apresentava uma análise situacional e propunha uma organização das medidas de resposta à então recente pandemia, considerando: vigilância, suporte laboratorial, medidas de controle de infecção, assistência, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, comunicação de risco e gestão. Também ficou estabelecida uma resposta de acordo com níveis: alerta (a situação que se encontrava o município em março de 2020), perigo iminente, ou emergência de saúde pública de importância nacional (ESPIN). O Plano apresentou a definição de caso suspeito de COVID-19, separando conceitualmente caso suspeito - caracterizado por febre e pelo menos um sinal ou sintoma de doença respiratória, histórico de viagem e/ou contato próximo de caso suspeito; caso provável - caracterizado por contato próximo domiciliar de caso confirmado laboratorial, que apresentar febre E/OU qualquer sintoma respiratório, dentro de 14 dias após o último contato com o paciente; e caso confirmado de doença pelo Coronavírus 2019 - onde são avaliados critérios laboratoriais com resultado positivo no exame de PCR e critério clínico-epidemiológico com febre ou sintomas respiratórios dentro de 14 dias. Ainda houve menção ao COE COVID-19, cuja ativação ocorreu no dia 27 de março de 2020. Por fim, o plano de contingência apresentou fluxogramas de condutas para casos suspeitos de acordo com o tipo de estabelecimento (Itacoatiara, 2020).

Fluxograma 1. Casos Suspeitos de COVID-19 na Atenção Básica.



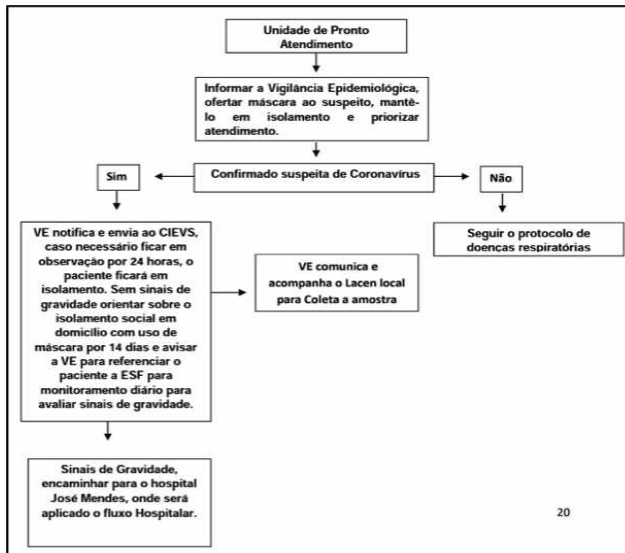
Fonte: Plano de Contingência de Itacoatiara, 2020.

Fluxograma 2. Casos Suspeitos de COVID-19 em Embarcações.



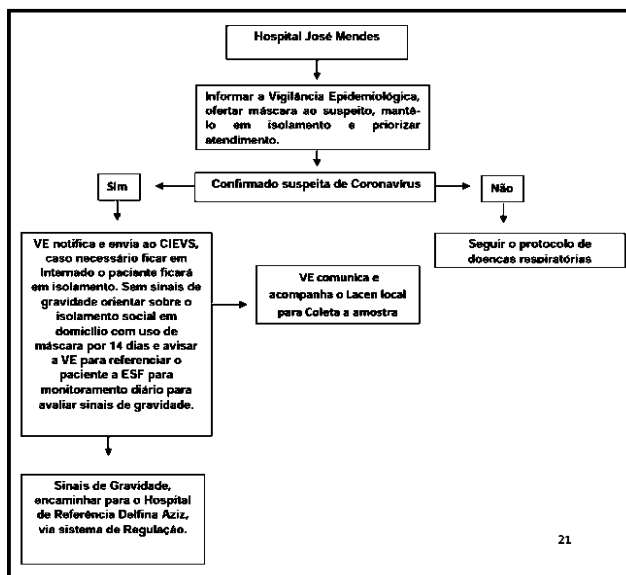
Fonte: Plano de Contingência de Itacoatiara, 2020.

Fluxograma 3. Casos Suspeitos de COVID-19 em Unidades de Pronto Atendimento.



Fonte: Plano de Contingência de Itacoatiara, 2020.

Fluxograma 4. Casos Suspeitos de COVID-19 em Embarcações.



Fonte: Plano de Contingência de Itacoatiara, 2020.

Os Casos com sinais de gravidade deveriam ser encaminhados ao Hospital José Mendes para que fosse aplicado o fluxo hospitalar. Depois, dependendo da gravidade do caso já nesse hospital, deveriam ser encaminhados ao Hospital Delфина Rinaldi Abdel Aziz, em Manaus – AM, uma unidade de referência para Síndromes Respiratórias Agudas Graves (Itacoatiara, 2020).

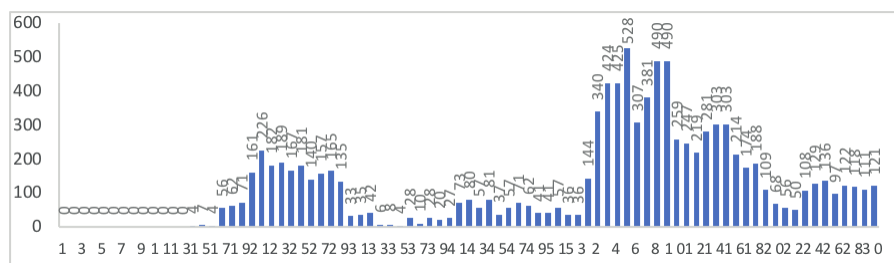
Ainda no dia 20 de março, foram estabelecidas Barreiras Sanitárias em Itacoatiara, realizadas nas vias de entrada – na estrada e nos portos, visando controlar a entrada e saída de pessoas no município e as entrevistas realizadas durante a fiscalização foram enviadas à Vigilância Epidemiológica, a fim de monitorar casos suspeitos. Foram 90 dias de fiscalização, triagem e orientações sobre COVID-19, em uma ação de parceria com Unidades básicas de saúde, Instituto municipal de trânsito e transporte, polícia Militar e Capitania dos Portos (Itacoatiara, 2020). Também foram realizadas ações de educação em saúde voltadas a COVID-19 e medidas protetivas em UBSs, rodoviária, porto, férias, abrigos e outros pontos principais de movimentação de pessoas no município, sobretudo nos primeiros 3 meses após o decreto de situação de emergência.

As equipes da Atenção Primária à Saúde realizaram busca ativa geral de casos de síndrome gripal, com objetivo de detecção precoce da COVID-19, além da orientação da população quanto a contágio, prevenção da doença e outras

informações adequadas. Concomitantemente, houve capacitação de profissionais da Saúde e educação permanente em Saúde. Houve algumas aquisições de materiais e insumos para o período da pandemia, tanto provenientes de administração pública quanto de doações do setor privado. Entre esses materiais se encontram-se: equipamentos de proteção individual; antissépticos; medicamentos; equipamentos para montar leitos de UTI no Hospital Regional José Mendes, etc. (Itacoatiara, 2020).

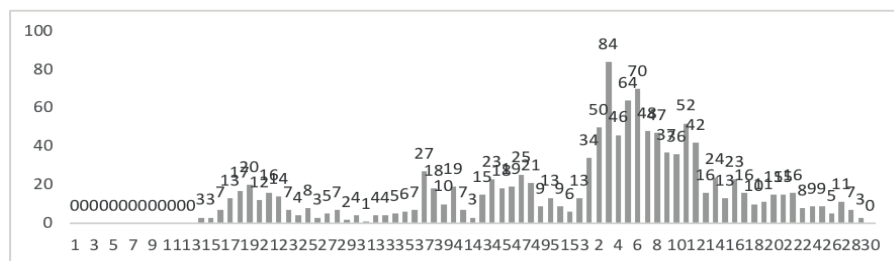
No dia 13 de abril de 2020, foi expedido o Decreto nº 870, que dispôs sobre a prorrogação das medidas dispostas nos decretos anteriores, e determinou a suspensão dos serviços de transportes de passageiros comerciais e particulares entre Itacoatiara e os municípios adjacentes, inclusive a cidade de Manaus, seja via fluvial, terrestre ou híbrida. O aporte ou desembarque de pessoas provenientes de qualquer origem deveria ser feito mediante autorização expressa de órgão competente. Em conformidade com orientações do Ministério da Saúde (Nota informativa n. 3/2020 - CGGAP/DESF/SAPS/MS) e com as recomendações da Organização Mundial de Saúde, a Prefeitura Municipal de Itacoatiara torna obrigatório o uso de máscaras de proteção em ambientes e situações que violem o isolamento social (Decreto nº 893 de 24 de abril de 2020).

Gráfico 4. Número de casos de COVID-19, 2020 e 2021, por Semana epidemiológica, município de Itacoatiara.



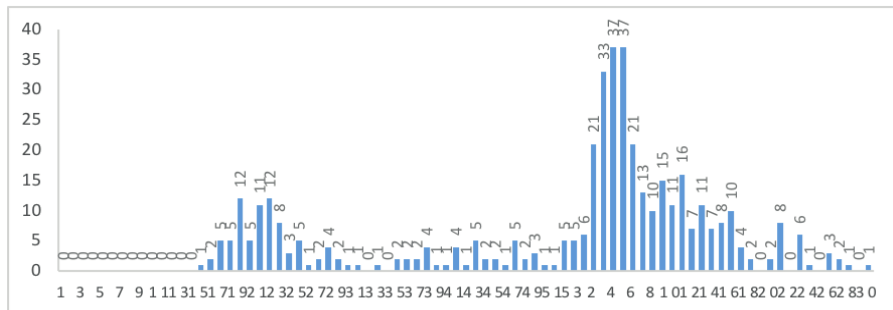
Fonte: FVS/AM

Gráfico 5. Número de hospitalizações por COVID-19 em 2020 e 2021, por Semana Epidemiológica, município de Itacoatiara.



Fonte: FVS/AM

Gráfico 6. Número de óbitos por COVID-19 em 2020 e 2021, por Semana Epidemiológica, município de Itacoatiara.



Fonte: FVS/AM

Nas semanas subsequentes aos primeiros casos de COVID-19 em Itacoatiara, evidenciou-se um crescente número de casos, atingindo na SE 21 o pico do número de casos registrados no ano de 2020. Foram 226 casos da doença na SE 21, 182 casos na SE 22 e 189 casos na SE 23, conforme mostra no Gráfico 4. Entre as SE 20 e 29, houve um acumulado de 1.703 casos. Em relação aos óbitos pela doença, no período entre a 19ª e 23ª semanas, houve o registro de 48 óbitos pela doença. Neste período, foi expedido o Decreto nº 904 de 18 de maio de 2020, que regulamentou os procedimentos de fiscalização para o cumprimento efetivo das medidas emergenciais de proteção dispostas nos decretos anteriores, com sujeição de multa.

Entre a SE 21 e 25, houve uma diminuição do número de hospitalizações e óbitos. De 16 hospitalizações para 4, e de 11 óbitos para 3 (FVS, 2021). Durante a SE 24, foi estabelecido o plano de abertura gradual das atividades econômicas em Itacoatiara (Decreto nº 919 de 5 de junho de 2020). Cinco semanas depois, considerando a não eficácia de medidas anteriores, foi decretado restabelecimento da Situação de Emergência no município. Em seguida, foi decretada a continuidade da abertura gradual, e depois, novamente, de uma prorrogação das medidas a serem cumpridas em Situação de Emergência. Durante o segundo semestre de 2020, houve uma diminuição gradual do número de casos confirmados de COVID-19, chegando a 6 casos, 4 hospitalizações e 1 óbito na SE 33. Nesta semana, em 10 de dezembro de 2020, o Decreto nº 1.144 revogou as restrições de horário de funcionamento dos estabelecimentos.

Nas primeiras semanas de 2021, houve um aumento rápido do número de casos confirmados de COVID-19 em comparação com 2020. Já na 2ª semana epidemiológica de 2021, o número de casos (340 casos) havia superado o pico de casos de 2020 (226 casos), bem como o número de hospitalizações e óbitos. No dia 10 de janeiro de 2021, o Decreto nº 29 proibiu diversas atividades, incluindo: circulação em espaços e vias públicas, no período das 21 horas às 05

horas; quantidade de pessoas em estabelecimentos públicos e privados; atividade de bares e botecos; aulas presenciais; visitação a pacientes internados com COVID-19; dentre outras atividades.

Durante a SE 3, foi declarado estado de Calamidade Pública no município para prevenção e enfrentamento à Pandemia (Decreto nº 32 de 15 de janeiro de 2021). Na SE 5, houve o pico do número de casos da doença (528 casos) em 2021 (FVS -AM). Em todas as semanas de 2020, foi registrado um acumulado de 2877 casos no município. Registro de 5.141 casos nas primeiras 15 SE do ano e 6.942 casos até a SE 30 no ano de 2021 (FVS, 2021).

Em relação aos óbitos pela doença, no período entre a 19º e 23º semanas, houve o registro de 48 óbitos pela doença, com uma gradativa redução em sua ocorrência com média de 2,46 óbitos entre as semanas 24 e 53 de 2020. Em 2021, registrou-se novo aumento no número de óbitos entre as SE 2 e 5, com 37 óbitos nesta última e posterior declínio gradativo chegando a 1 óbitos na 30ª SE. Considerando todo o período, a partir do início da pandemia, registrou-se 9.819 casos acumulados e 423 óbitos, com uma taxa de letalidade de 4,30 em todo o período analisado (FVS, 2021).

A campanha de vacinação em Itacoatiara foi organizada segundo um Plano que propôs estratégias e táticas para a vacinação, de acordo com as fases, os grupos prioritários e o cronograma estipulado pelo Ministério da Saúde (Itacoatiara, 2021). A vacina aplicada nessa etapa foi a AstraZeneca/Oxford. A 1ª Fase teve como público-alvo: Profissionais e trabalhadores da saúde (1.750 pessoas); pessoas indígenas residentes em aldeias (541 pessoas); idosos residentes em instituições de longa permanência; e maiores de 18 anos de idade com deficiências residentes em residências institucionalizadas. Não se obteve dados de Pessoas nestas duas últimas categorias. A 2ª Fase teve como público-alvo: Pessoas acima de 80 anos (1.444 pessoas); Pessoas entre 75 e 79 anos (1.222 pessoas); pessoas entre 70 e 74 anos e pessoas dentro do grupo de risco de agravamento e óbito (1.680 pessoas).

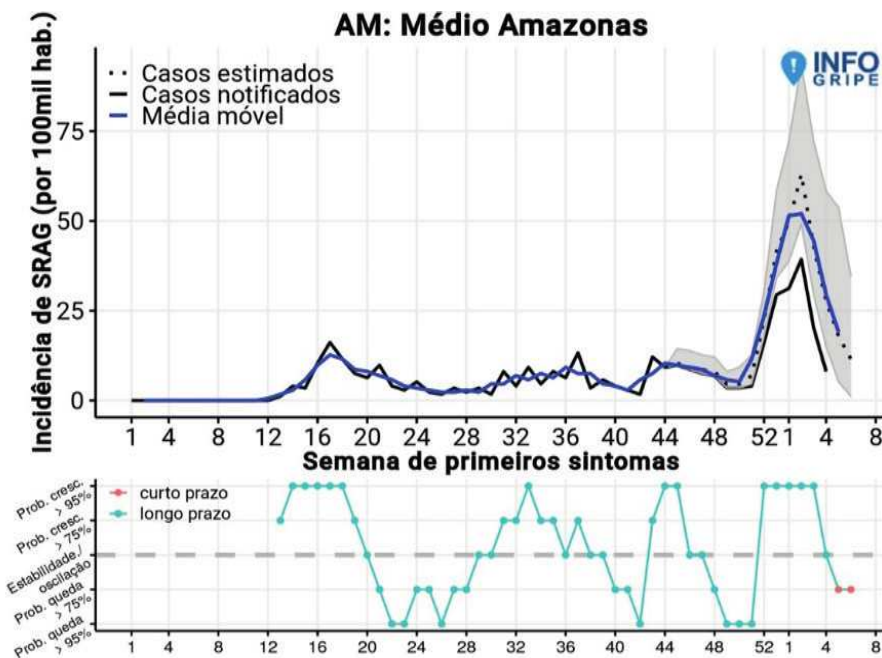
Tabela 2. Média, desvio padrão, valores mínimo e máximo de casos, hospitalizações e óbitos por COVID-19 no município de Itacoatiara, AM, em 2020 e 2021

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Casos 2020	4	226	71,93	62,55
Casos 2021	50	528	231,40	140,56
Casos no período	4	528	140,27	129,74
Hospitalizações 2020	1	27	10,68	7,07
Hospitalizações 2021	0	84	27,37	22,09
Hospitalizações no período	0	84	17,83	13,00
Óbitos 2020	0	12	3,25	3,05
Óbitos 2021	0	37	9,77	10,63
Óbitos período	0	37	6,04	3,00

Fonte: FVS/AM

Ao comparar os padrões da evolução da pandemia entre os Gráficos 6 e 7, observamos que há semelhança entre a evolução dos casos de COVID 19 e das taxas de casos novos por demais SRAG. É imperioso afirmar que o aumento do número de casos de incidência de SRAG na região do Médio Amazonas anunciava sobrecarga do sistema de saúde local pelo acúmulo de demandas de saúde. O COVID 19 competiu com as demais SRAG e os serviços de saúde ficaram totalmente preparados para os atendimentos dos casos leves na atenção básica e dos casos mais graves no hospital regional, onde necessitava de suporte de oxigênio. Foi observado ainda que o pico de casos e de óbitos chegaram a ser o triplo na segunda onda pandêmica ocorrida nas primeiras semanas de 2021, o que coincidiu com a curva epidemiológica das SRAG nos municípios que compõem como um todo.

Gráfico 7. Tendência histórica da taxa incidência de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) nos municípios da região de saúde do Médio Amazonas, 2020-2021.



Fonte: Infogripe e Carvalal et al., 2021

Os casos mais graves eram transportados para a capital Manaus pelo sistema de regulação e pelo sistema de remoção terrestre de urgência e emergência, uma vez que o hospital de Itacoatiara não obtinha leitos de UTI para atendimento da população regional.

CONCLUSÕES

A pandemia de COVID 19 impactou severamente nas condições de vida e na oferta de serviços de saúde para a população em Itacoatiara e os períodos críticos coincidem com o estado do Amazonas.

Itacoatiara detém de condição de desenvolvimento humano abaixo da média se comparado ao Amazonas e ao Brasil. Isso permitiu a refletir de forma mais aproximada o contexto de vulnerabilidade social e sua associação com a crise sanitária. Com a predominância de população jovem, contexto de pouca oferta de trabalho com frágil acesso a renda, de níveis educacionais preocupantes e de um sistema de saúde com debilidades na oferta de serviços de saúde hospitalares, concluímos que a pandemia impactou de forma determinante e crítica na vida das pessoas no interior do Amazonas.

O serviço de saúde de Itacoatiara se apresentou despreparado para o enfrentamento da pandemia. Não encontramos registros da atuação mais precisa das equipes de saúde da família e da atenção básica no enfrentamento da pandemia no município. Há estudos na literatura científica que o sistema universal e gratuito teve papel preponderante no controle dos fatores de riscos e no acompanhamento de famílias acometidas no Brasil (Souza *et al.*, 2021; Medina *et al.*, 2021). Sendo assim, é imperativo que a capilaridade da atenção básica e a atuação multidisciplinar das equipes sejam percebidas como potência ao enfrentamento da doença, adotando a incorporação de inovação no trabalho sem se expor ao risco de contágio.

No âmbito da atenção especializada, o cuidado em saúde foi resiliente embora apontou para uma fragilidade do sistema de urgência. Tal debilidade do sistema seja possivelmente resultado de ausências de investimentos no hospital que na primeira onda da pandemia não apresentava nenhum leito de UTI para uma região de saúde que congrega seis municípios de pequeno e médio porte com uma população aproximadamente de 170 mil habitantes. Assim sendo, discussão estrutural e sistêmica da atenção hospitalar é impositiva para a sustentabilidade social do SUS nesta região amazônica. Ademais, deve ser, sobretudo, realizada num misto de ações políticas, sociais, econômicas e científicas que, de forma articulada e complementar, desenvolvam estratégias de análise e proposições para a atenção hospitalar com foco no enfrentamento dos paradoxos do acesso qualificado e em tempo oportuno (Santos, Lopes, 2021).

O AUMENTO DA GRAVIDADE DA COVID 19

Foi mandatário o aumento de casos e sua relação com a resiliência dos serviços de saúde. É de conhecimento público que o aumento de número de casos anuncia o aumento do número de internações num período de sete dias, e que

proporciona o aumento dos óbitos em mais sete dias caso o sistema não esteja preparado. Percebemos que, mesmo com estrutura precarizada, o hospital internou cerca de 86 pacientes no começo do ano, substituindo os leitos especializados para serem ocupados pelos acometidos do COVID. A resiliência do sistema de saúde é a capacidade de se preparar, gerenciar (absorver, adaptar e transformar) e aprender com os choques ou evento extremo adverso. Neste sentido, houve capacidade adaptativa, porém, mesmo assim, não foi capaz de evitar as mortes excessivas, principalmente no segundo pico da pandemia. O aumento do número de óbitos foi controlado, uma vez que casos graves eram transferidos para a capital.

A PROBLEMÁTICA

Por fim, apontamos que houve lições apreendidas diante do caos no Médio Amazonas. É mandatório integrar os sistemas de regulação de acesso de estados e municípios e construir uma nova lógica do ordenamento da assistência. E deve ser procurado criar espaços de cooperação intermunicipal e estadual, mas que sejam oportunidades de diminuir a desigualdade do acesso aos serviços de forma colaborativa, co-responsável e mais justa.

REFERÊNCIAS

Augustin, A. C., & Soares, P. R. R. (2021). Desigualdades intraurbanas e a COVID-19: uma análise do isolamento social no município de Porto Alegre. **Cadernos Metrópole**, 23, 971-992.

Brasil. (2010). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Recuperado em setembro 2010, 2021, de <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/map>.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Recuperado de novembro 18, 2021 em <http://cnes2.datasus.gov.br/>.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. (2021). **Índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo Município período: 1991, 2000 e 2010**. Recuperado em agosto 20, 2021, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/giniam.def>.

Cestari, V. R. F., Florêncio, R. S., Sousa, G. J. B., Garces, T. S., Maranhão, T. A., Castro, R. R., ... & Moreira, T. M. M. (2021). Vulnerabilidade social e incidência de COVID-19 em uma metrópole brasileira. Ciência e pandemia do SARS- M. In: Freitas, C. M. D., Barcellos, C., & Villela, D. A. COVID-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância CoV 2 no Estado do Amazonas. **Saúde & Saúde Coletiva**, 26, 1023-1033.

Demenech, L. M., Dumith, S. D. C., Vieira, M. E. C. D., & Neiva-Silva, L. (2020). Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23.

Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas (2021). **Sala de situação**. Recuperado em agosto 3, 2021, de https://www.fvs.am.gov.br/indicador-SalaSituacao_view/69/2.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021). **IBGE Cidades**. Recuperado em agosto 3, 2021, de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/panorama>.

Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Mendonça, M. H. M. D., & Aquino, R. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, 36, e00149720.

Prefeitura Municipal de Itacoatiara. (2020). **Ações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Itacoatiara no combate à Pandemia da COVID-19 no período de março a maio de 2020**. Itacoatiara: Secretaria Municipal de Saúde.

Prefeitura Municipal de Itacoatiara. (2020). **Plano de Contingência do Coronavírus no Município de Itacoatiara - AM**. Itacoatiara: Coordenação Municipal de Vigilância Epidemiológica.

Prefeitura Municipal de Itacoatiara. (2020). **Plano para campanha de vacinação COVID-19 em Itacoatiara**. Itacoatiara: Departamento de Vigilância em Saúde.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2021). **Índice de desenvolvimento Humano Municipal**. Recuperado em setembro 2021, de <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home.html>. (especializados (pp. 342-342).

Sanhueza-Sanzana, C., Aguiar, I. W. O., Almeida, R. L. F., Kendall, C., Mendes, A., & Kerr, L. R. F. S. (2021). Desigualdades sociais associadas com a letalidade por COVID-19 na cidade de Fortaleza, Ceará, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 30, e2020743.

Schor, T., & Marinho, T. P. (2013). Ciclos econômicos e periodização da rede urbana no Amazonas-Brasil: as cidades Parintins e Itacoatiara de 1655 a 2010. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, 229-258.

Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. (2019). **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Amazonas. Brasil 2019-2020**. Recuperado em setembro 25, 2021, de <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-AM.pdf>.

Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. (2020). **Amazonas Confirma 1º**

Caso de COVID-10 e autoridades garantem que rede de assistência está preparada. saude.am.gov.br. Recuperado em outubro 20, 2021, de <http://www.saude.am.gov.br/visualizar-noticia.php?id=4327>

Souza, S. D. S., da Cunha, A. C., Suplici, S. E. R., Zamprogna, K. M., & Laurindo, D. L. P. (2021). Influência da cobertura da atenção básica no enfrentamento da COVID-19/Influence of basic care coverage on coping with COVID-19/Influencia del cuidado básico de salud en el afrontamiento del COVID-19. **Journal Health Npeps**, 6(1).



Prevenção e Controle da COVID-19: as transformações das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no município de Iranduba, Amazonas

*Diana Andreza Rebouças Almeida
Ricardo Márcio Berger
Giovana Nogueira Torres
Victória de Assis Silva
João Lucas da Silva Ramos
Sônia Maria Lemos*

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou, em 11 de março de 2020, a doença ocasionada pelo Coronavírus, a COVID-19, como uma pandemia. E atualmente, passado pouco mais de vinte meses, vivenciamos aqui no Brasil, mais de 624 mil vidas perdidas e 24 milhões de pessoas infectadas. Importante destacar que estes são os números de casos devidamente notificados, pois dados de pesquisas apontam que tais quantitativos podem ser ainda maiores, quando se consideram os muitos entraves e dificuldades com as subnotificações, em virtude de problemas e fragmentações gerados pelos sistemas de informações, a baixa cobertura de testagens, a desassistência de grande parte da população, em especial em municípios do interior brasileiro e longínquos de centros urbanos, dentre outros problemas.

E o fato, real e incontestável, é que essa Pandemia da COVID-19, a qual ainda assola o mundo, e, nos últimos meses, de modo mais intenso o Brasil, vem impondo desafios: tanto na vida da população, quanto nos sistemas de saúde, principalmente em países que apresentam cenários de grande desigualdade estrutural, como é o caso brasileiro. E enquanto consequências temos milhões de pessoas vivendo em condições de dificuldade e precariedade, sejam em grandes cidades ou mesmo nas áreas afastadas e de difícil acesso, como as que moram em comunidades isoladas no Brasil, e muitas não conseguem manter o distanciamento social, pois precisam trabalhar para viverem, para continuarem existindo. Também enfren-

tam a dificuldade de acesso aos sistemas de saúde e outras situações. E tudo isso faz com que as respostas ao enfrentamento da Pandemia, tenham resultados tão pífios ou muitas vezes catastróficos como os vividos em Manaus no início de 2021.

A estas questões, somam-se os problemas, incompetentemente, gerados pela falta de gestão e coordenação nacional e estratégica no enfrentamento da Pandemia, e que contribuiu, significativamente e sem qualquer parâmetro de comparação, para a instalação de uma grande crise sanitária, social, humanitária, econômica, ética e política brasileira, a qual está impactando diretamente nas condições objetivas e subjetivas da vida das pessoas e na organização da sociedade. Acrescenta-se também, a negligência ou omissão de poderes públicos, a persistência da disseminação de discursos falsos e negacionistas de homens e mulheres públicos, os quais têm a obrigação e o dever de proteger a população, mas que continuam a apostar na anticiência, patrocinar a cloroquina, promover a desinformação, encobrir ou não divulgar dados, desestimular o uso de máscaras e o distanciamento social, deixar testes mofarem nos portos, e até recusar ofertas de vacinas (Aith, 2021; Estácio, 2021).

Frente ao aqui exposto e diante dos efeitos heterogêneos e diversificados que a crise sanitária da COVID-19 trouxe para as nossas vidas, se faz necessário a realização de pesquisas que tragam para o debate, a discussão a respeito das mudanças e transformações sociais que a Pandemia acarretou na vida das populações que utilizam os serviços da Atenção Básica em Saúde. Da mesma como as estratégias de enfrentamento da pandemia pelos profissionais e gestores que atuam nos serviços da Atenção Básica em Saúde nos municípios do Amazonas. Especialmente, em face, das diversas peculiaridades da região amazônica, tais como a enorme extensão territorial, com grandes vazios assistenciais de saúde, com acessos remotos com uma enorme desigualdade econômica, social, cultural, e de acesso aos bens e serviços.

Aqui iremos alicerçar nossos estudos e pesquisas, nas respostas à pandemia, sobretudo por parte dos serviços de Atenção Básica no município de Iranduba, nordestados e ancorados na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) do Ministério da Saúde, que teve sua primeira versão em 2006, entendida como o primeiro nível de atenção em saúde a ser ofertada. Tal política incorporou e estruturou os atributos da APS definidos por Starfield (2002), tais como: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação para a comunidade; centralidade na família e competência cultural. Sendo essa uma política que vem ao longo dos tempos, passando por uma atualização, em 2011 e outras em 2017 e 2019 nessas duas últimas, sofrendo imensos retrocessos e retiradas diretrizes basilares e fundantes da PNAB.

Importante destacar que estes serviços da Rede da Atenção Básica de Saúde, são considerados potentes equipamentos para a redução das iniquidades e propulsores de melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida dos amazonenses, especialmente os que vivem no interior do Estado, onde quase toda a população é usuária, exclusiva, do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o presente estudo se propõe a analisar as transformações nas práticas sociais impostas pela pandemia da COVID-19 na vida da população e dos profissionais de saúde em

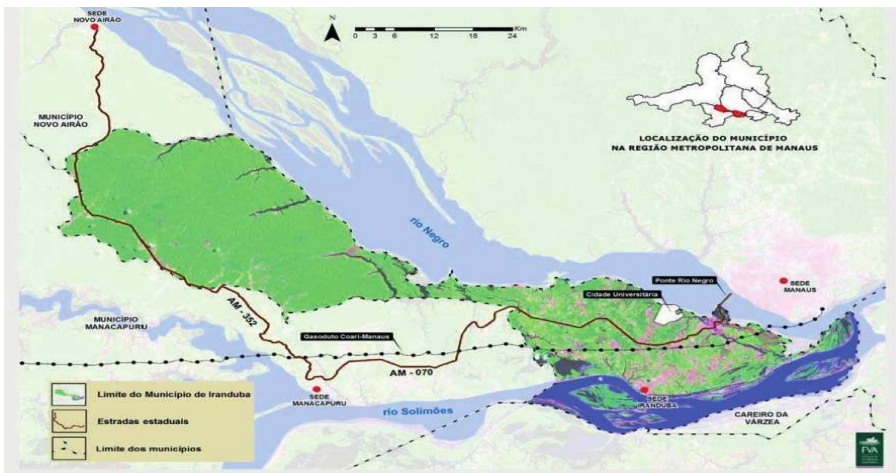
territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no município de Iranduba, descrevendo as estratégias de seu enfrentamento. A pesquisa acima mencionada integra um projeto coordenado pela Fiocruz Amazônia, em parceria com a Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e outras instituições.

Esta realizará um trabalho relacionado a pandemia da COVID-19 e Atenção Básica em Saúde em doze municípios, quais sejam: Boca do Acre, Carauari, Humaitá, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Manaus, Parintins, Presidente Figueiredo, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga e Tefé. Destaca-se que estes municípios são referências para as 9 (nove) regiões de saúde do Estado do Amazonas³.

CARACTERIZAÇÃO DO CASO

O lócus da pesquisa será no município de Iranduba, cidade localizada no interior do Amazonas, pertencente a Regional de Saúde Manaus e Rio Negro e a Microrregional de Saúde Manaus, e que possui uma população estimada de 49.718 mil habitantes (IBGE, 2021), também apontam que o município apresenta uma área territorial de 2.216,817 km², densidade demográfica de 18,42 hab/km² e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,613 (2010). Apresentamos a seguir na Figura 14 o mapa do território do município de Iranduba.

Figura 14. Imagem de satélite da área do município de Iranduba com destaque para as grandes obras



Fonte: Rodrigues et al. (2014, p. 03)

3 - Regional Alto Solimões, Regional Rio Madeira, Regional Entorno de Manaus e Rio Negro, Regional Purus, Regional Juruá, Regional Triângulo, Regional Rio Negro e Solimões, Regional Baixo Amazonas, Regional Médio Amazonas.

Oportuno destacar, que, possivelmente, estes dados sociodemográficos, mesmo os estimados no ano de 2020, podem não representar a realidade específica do referido município, pois entre a data de realização do censo e o momento atual, mudanças estruturais ocorreram, como a construção da Ponte Jornalista Phelippe Daou sobre o Rio Negro, a duplicação da Rodovia Manuel Urbano, questões essas que podem afetar, diretamente, tanto nos dados demográficos do município de Iranduba, quanto no IDHM.

De acordo com pesquisas realizadas nos sites do DATASUS e IBGE no município de Iranduba, que têm a população estimada de 49.718 mil habitantes e pertence a Regional de Saúde Manaus e Rio Negro e a Microrregional de Saúde Manaus e entorno, contando com vinte e três equipes da atenção básica, de acordo com dados obtidos nos sistemas de informações do E-gestor Atenção Básica, que corresponde a 100% de cobertura de Atenção Básica e do Sistema de Informações para Atenção Básica (SISAB).

No Sistema E-SUS AB, utilizado pelo município para enviar as informações de cadastros e outras produções em saúde no âmbito da Atenção Básica, a partir do trabalho dos diferentes atores municipais, encontramos alguns dados curiosos: a partir do Relatório de Cadastros Individuais encontramos o número de 70.685 usuários, um número bem superior às estimativas do IBGE.

Isso tem se dado, visto à intensificação no processo de cadastros que ocorreu a partir da vacinação com os imunizantes para COVID-19 distribuídos na zona rural, onde muitos usuários por morarem em Condomínios e Residenciais acabavam por não acessarem os serviços de saúde municipais por terem uma outra residência na cidade de Manaus.

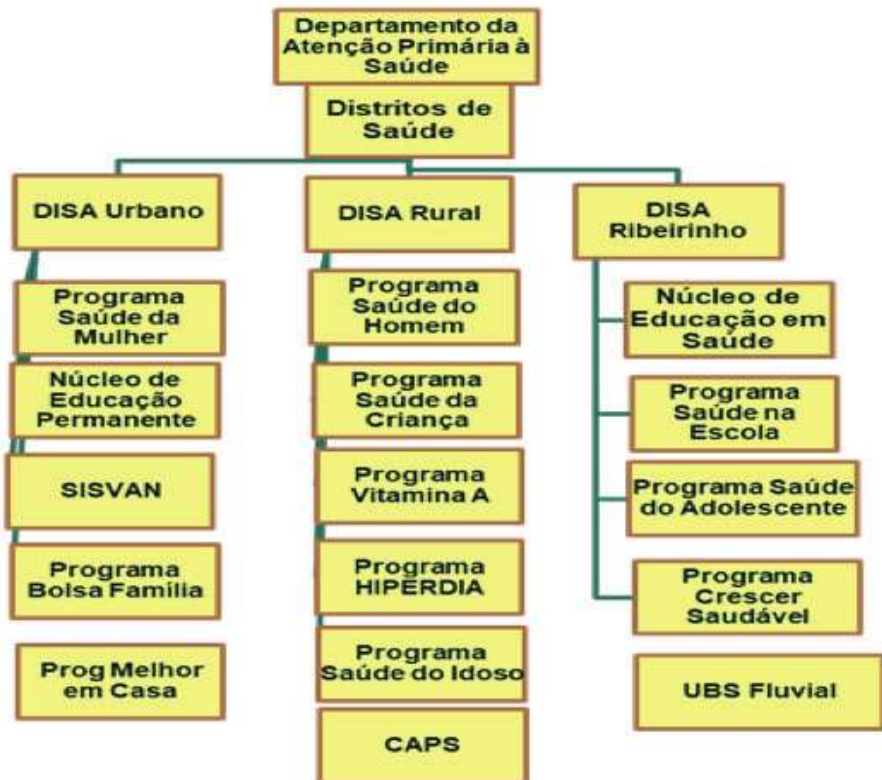
A Secretaria Municipal de Saúde de Iranduba - SEMSA conta com mudanças da Rede de Atenção à Saúde -RAS, descentralizada, com o modelo de trabalho com os Distritos de Saúde, Ribeirinho, Rural e Urbano, facilitando o diálogo entre as Equipes de Saúde da Família e a SEMSA. Tendo o modelo de organograma estruturado da seguinte forma na SEMSA.

- Departamento da Atenção Primária à Saúde - DAPS;
- 3 Distritos de Saúde - Ribeirinho, Rural e Urbano;
- 23 Equipes de Saúde da Família -ESF;
- 23 Equipes de Saúde Bucal -ESB;
- 1 Melhor em Casa - 1 Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar - EMAD e 1 Equipe Multidisciplinar de Apoio -EMAP;

- Centro de Atenção Psicossocial -CAPS;
- 14 Unidades Básicas de Saúde -UBS, 6 delas com adesão ao Programa Saúde na Hora;
- 1 Unidade Básica de Saúde Fluvial -UBSF.

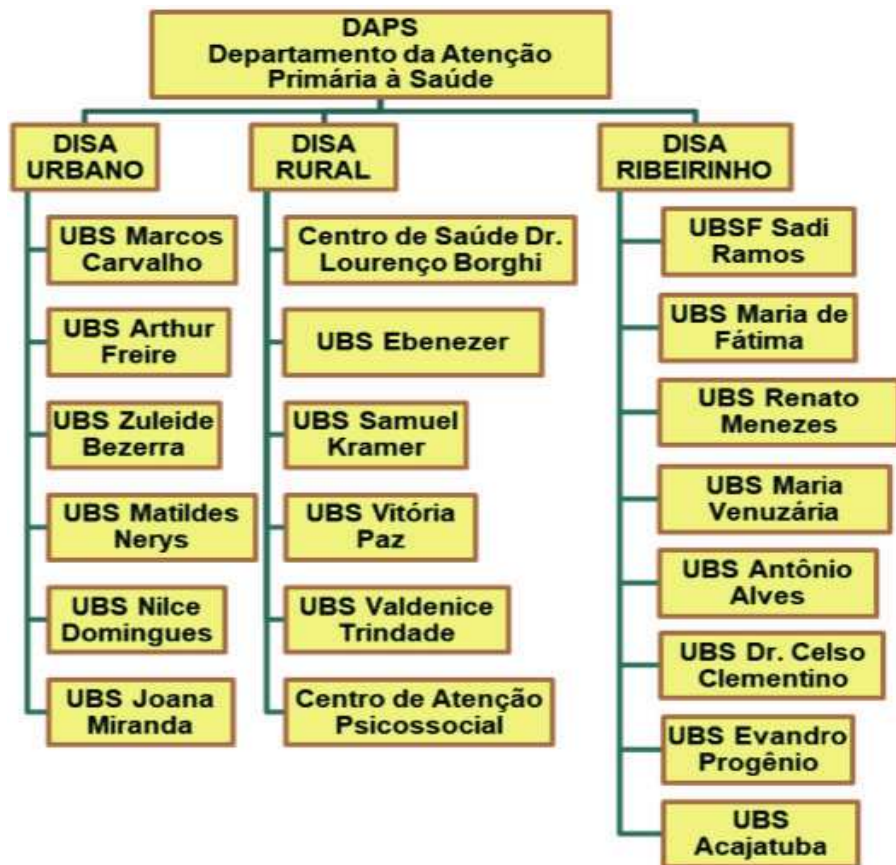
Abaixo apresentamos dois organogramas que ilustram como a SEMSA Iranduba organiza seu processo de trabalho, tanto na execução de atividades nas áreas técnicas de interesse do município (Figura 15) quanto no acompanhamento de indicadores das ESF (Figura 16) e como isso se articula com a existência de distritos de saúde no município.

Figura 15. Organograma do Departamento da Atenção Primária à Saúde relacionando os programas/áreas técnicas com os Distritos de Saúde.



Fonte: Elaborado por João Lucas da Silva Ramos (2021).

Figura 16. Organograma do Departamento da Atenção Primária à Saúde relacionando as unidades básicas de saúde e os Distritos de Saúde.



Fonte: Elaborado por João Lucas da Silva Ramos (2021).

A presença dos DISAs na organização da Atenção Primária de Iranduba facilitou a aproximação e o contato da Gestão da SEMSA as ESF, considerando que organizou o território em grupos menores, facilitando o diálogo e o acompanhamento das demandas.

A PANDEMIA NO MUNICÍPIO

O município de Iranduba é um território de grande probabilidade de circulação do novo Coronavírus (COVID-19), visto sua localização geográfica na região

metropolitana de Manaus, com acesso via terrestre da capital Amazonense, essa sendo um dos epicentros da Pandemia de Covid no Brasil. Apresentando ainda acesso fluvial pelos dois grandes Rios Negro e Solimões, grande fluxo de pessoas das fronteiras fluviais, terrestres e aéreas.

O primeiro caso confirmado de COVID-19 no município de Iranduba foi notificado no dia 04 de abril de 2020, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Iranduba e FVS. No que se refere aos casos de COVID, o município apresentou um alto índice de incidência e letalidade pela COVID-19, se configurando entre 2020 e 2021, como o sexto município em número nos casos de incidência e o sexto em casos de óbitos por COVID-19 no Amazonas, tendo sido notificados desde o início da pandemia 23.509 mil casos de COVID-19, segundo dados da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas.

Ao final do ano de 2020, o município de Iranduba tinha em sua Rede de Assistência à Saúde, funcionando em duas Unidades Básicas de Saúde, Centros de Referência em Testagem e Atendimento à casos de COVID-19, sendo sua abrangência a área da Sede do Município e região periurbana localizada em uma UBS no bairro São Francisco, e a responsável pela Zona Rural e adjacências ao Distrito de Cacau Pirêra, na UBS do bairro Nova Venezuela.

Com as mudanças na gestão municipal a partir da virada para 2021, a SEMSA Iranduba desmobilizou esses espaços a partir do dia 1º de janeiro e passou a não possuir nenhum dispositivo com essas características, porém, com o avanço da segunda onda da Pandemia, surgiu a necessidade não apenas de ter novamente as referências para testagem, mas também para acompanhamento e reabilitação.

A partir do dia 8 de janeiro foi instalado a Central de Triagem da COVID-19 na região Urbana de Iranduba, ocupando o espaço do Centro de Convivência dos Idosos, substituindo e ampliando a oferta de serviços anteriormente ofertados no espaço de uma das UBS da sede do município, até o final de janeiro a sua atividade era prioritariamente o diagnóstico e avaliação médica e assistência farmacêutica.

Em 15 de janeiro foi a instalação da Central de Triagem da COVID-19 no Distrito de Cacau Pirêra, ocupando a demanda deixada pela Referência anteriormente em uma UBS, passa a ocupar o espaço de uma escola estadual no bairro Cacau Pirêra, na região próxima ao Porto que serviu como porta de recepção para pacientes vindos também de comunidades da margem esquerda do Rio Negro, como Catalão e Acajatuba.

Infelizmente em fevereiro o município perdeu seu Secretário Municipal de Saúde, que iniciou esse processo de reestruturação da Rede de Atendimento para suporte para a COVID-19, o que pode ter levado a um atraso no fortalecimento das ações. Em 5 de março, ambos os serviços passaram a contar como referência de atendimento para pacientes pós-Covid, isto é, pacientes com se-

queelas oriundas da contaminação e adoecimento da COVID-19 que passaram a ter dificuldades nas atividades da vida diária.

A Referência no Distrito de Cacau Pirêra foi a única das duas a sofrer os impactos da enchente do rio negro, que atinge aquela região do município todos os anos, porém neste ano chegou a superar as marcas históricas, passando a ocupar outro prédio de escola estadual em uma parte do bairro mais elevada, e quando as aulas presenciais dos estudantes das escolas estaduais retornaram, passaram a ocupar uma Creche no bairro Alto de Nazaré, permanecendo ali até o mês de julho, quando ambos os centros foram desativados.

Diversas ações de enfrentamento foram realizadas no município de Iranduba durante todo o contexto pandêmico de COVID-19, houve a criação de um Comitê de Crise para o combate da doença, formado pelo Secretário de Saúde, Coordenadores do DISA (Distrito Sanitário), Coordenação da Atenção Básica, Vigilância em Saúde e Direção do Hospital Hilda Freire com a implementação do Plano de Contingência Municipal de Iranduba para Infecção Humana Coronavírus (COVID-19). Houve várias reuniões do Comitê de Crise com a participação de todos os atores envolvidos até que se conseguisse elaborar de forma satisfatória o Plano de contingência.

PLANO DE CONTINGÊNCIA MUNICIPAL DE IRANDUBA

O objetivo deste Plano, primeiramente foi de ser flexível, passível de ser analisado e modificado tendo em vista o comportamento instável do Novo Coronavírus que no momento já apresenta uma nova variante descoberta no Amazonas. A linha de trabalho reforça as ações do Plano de Contingência que são:

- a) Isolamento social para autoproteção e proteção das outras pessoas;
- b) Testagem e Diagnóstico precoce;
- c) Ficha de monitoramento de casos confirmados/contatos e Termo de recusa para isolamento social;
- d) Equipe multiprofissional para pacientes pós COVID-19;
- e) Tratamento imediato;
- f) Imunização dos grupos prioritários.

O plano tinha por objetivo preparar a Rede de Assistência – RAS, que são as Coordenações de Atenção Primária, de Educação Permanente, de Vigilância em Saúde, Coordenação de Enfermagem do Hospital Hilda Freire, Coordenação do

CAPS, do Programa Melhor em Casa, além da Equipe da Defesa Civil, Guarda Municipal de Iranduba, Instituto Municipal de Trânsito de Iranduba.

Em face do cenário Pandêmico que se instalou no início do 2021, a Secretaria Municipal de Saúde, reestruturou o seu Plano de Contingência das ações que foram e continuam sendo realizadas, priorizando os grupos de risco amplamente divulgados no padrão epidemiológico brasileiro. A pandemia avançou rapidamente no município e no início de 2021 a unidade hospitalar Hilda Freire entrou em colapso. Fato este que já tinha acontecido com a rede hospitalar na capital do Estado.

Entre as novas ações do Plano de Contingenciamento estão os Protocolos de Busca Ativa de casos suspeitos nos domicílios, através de planilha de monitoramento dos casos positivos e termo de Recusa para Isolamento Social; Estruturação de 02 Centros de Referências para Testagem de Síndromes Gripais *leves e moderadas* em pontos estratégicos: Cacau Pirera – Escola Estadual Senador João Bosco Ramos de Lima e Sede de Iranduba – Centro de Convivência do Idoso Honorina Lopes; Formada duas equipes multiprofissionais para acolher e atender pacientes pós COVID-19 encaminhados pelas equipes de estratégias saúde da família; Aparentamento de U.T.I. móvel para regulação de pacientes transferido para Manaus.

SÍNTESE DESCRITIVA DAS ESTRATÉGIAS NO MUNICÍPIO

A ausência e as contradições de uma Política Nacional de Enfrentamento a Pandemia de COVID-19 no Brasil com conduções de ações baseadas em ciência, evidências científicas, dados epidemiológicos e que fosse coordenada pelas autoridades sanitárias nacionais e com cooperação intergovernamental, tiveram consequências deletérias e catastróficas para população brasileira.

E em face dessa ausência de coordenação nacional, estados e municípios do Brasil inteiro, trataram de organizar suas estratégias de enfrentamento a pandemia COVID-19, elaborando seus planos de enfrentamento e medidas protetivas, através de decretos e portarias estaduais e municipais, com o intuito de mitigar o avanço da Pandemia em seus municípios e suas repercussões na Políticas Públicas, sejam elas de saúde, educação, emprego e renda e todas as demais as áreas que foram diretamente impactadas pelas consequências da pandemia na COVID-19.

E no município de Iranduba não foi diferente, logo após Declaração de emergência em saúde pública, pela Pandemia de COVID-19, ocasionando pelo novo Coronavírus da Organização Mundial de saúde e algumas orientações do Ministério da Saúde, que já existiam casos notificados no Brasil e no Amazonas, os gestores locais e as autoridades sanitárias da Secretaria Municipal de saúde, iniciaram suas primeiras ações com intuito de contingenciar o avanço da pandemia na cidade de Iranduba, bem como preparar a Rede de Atenção em Saúde, junto com

seus profissionais para atuarem no enfrentamento da Pandemia da COVID-19.

No dia 16 de março de 2020, o município de Iranduba, teve seu primeiro decreto, no que se refere ao enfrentamento da Pandemia da COVID-19, declarando situação de emergência no âmbito municipal com o fito de evitar a disseminação e proliferação do novo Coronavírus e a necessidade de adoção de medidas preliminares, visto que naquele momento eram necessárias medidas dessa natureza.

O referido decreto dava outras providências tais como: decretar a situação de emergência no Município de Iranduba, de interesse da saúde pública pelo prazo de 120 (cento e vinte) dias, podendo ser prorrogado, de acordo com cenário epidemiológico; suspender pelo prazo de 15 (quinze dias), todos os eventos promovidos ou não pela Prefeitura Municipal de Iranduba, de natureza pública ou privado, de quaisquer natureza, incluídos os eventos de religiosos, festivos, recreativos, de caráter político e desportivo que acarretem aglomeração, bem como pelo mesmo prazo, suspender as aulas no âmbito da rede pública Municipal, de responsabilidade da Secretaria Municipal de Educação, Esporte e Lazer, recomendando às instituições da rede privada de ensino que suspendam suas atividades, pelo prazo estipulado no artigo anterior; autorizar os servidores públicos municipais ativos acima de 60 (sessenta) de idade, as gestantes, lactantes e os portadores de doenças crônicas, desde que comprovadas, que compõem risco de aumento de mortalidade por COVID-19, a exercer suas atividades por meio de home office, de 15 (quinze) dias, sem prejuízo da integralidade de sua remuneração, excetos os servidores que integram o sistema Municipal de Saúde, bem como, a Guarda Civil de Iranduba, ficando cada caso submetido a análise individualizada e orientações gerais aos servidores públicos de como proceder ao apresentar, quaisquer sintomas de COVID-19, bem como diversas outras medidas de proteção para os servidores municipais.

Quadro 1. Decretos municipais de enfrentamento à COVID-19.

DECRETO Nº 017, DE 16 DE MARÇO DE 2020.

DISPÕE sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito da Administração Pública Municipal, e dá outras providências.

DECRETO N.º 018, DE 17 DE MARÇO DE 2020

DISPÕE sobre a decretação de situação de emergência no âmbito Municipal, razão de evitar a disseminação do novo coronavírus (2019-nCoV), e dá outras providências.

DECRETO N.º 020, DE 25 DE MARÇO DE 2020

DISPÕE sobre medidas complementares temporárias para o enfrentamento da situação de emergência no âmbito Municipal, razão de evitar a disseminação do novo coronavírus (2019-nCoV), e dá outras providências.

Fonte: Pesquisa documental, 2021.

A partir daí diversos outros decretos e portarias municipais foram sendo instituídas, pelos gestores locais e autoridades sanitárias, para que dessa forma, pudessem organizar os fluxos e os planejamentos das políticas públicas de enfrentamento a COVID-19 em Iranduba, vale a pena ressaltar que o município também respeitava e corroborava no cumprimento as medidas e das determinações dos decretos estaduais do Amazonas.

E muitas ações e medidas protetivas foram sendo instauradas e realizadas no curso da Pandemia de COVID-19, no município de Iranduba, sendo importante salientar que todas as ações contavam com profissionais de Saúde, especialmente da Rede de Atenção Básica, que foram reinventando suas rotinas e seus processos de trabalhos para responder a emergência de saúde, ora instalada, sendo profissionais fundamentais, atuando também na linha de frente da Pandemia da Covid 19, abaixo iremos listar algumas ações.

- Barreiras Sanitárias nas feiras na e saída da Ponte Jornalista Phelippe Daou;
- Visitas orientativas nos comércios quanto aos cuidados nos estabelecimentos, uso de álcool, máscara para funcionários e clientes;
- Visitas aos balneários com a Vigilância Sanitária para o cumprimento do Lock-down (Confinamento);
- Call Center onde a Equipe Multiprofissional orientava as pessoas que ligavam para tirar algumas dúvidas ou qualquer outra situação relacionado a Pandemia de COVID-19;
- Teleatendimentos pela equipe Multiprofissional, especialmente atendimentos (psicólogos) para pessoas em crise de pânico e outras em decorrência da doença;
- Criação de Planilha Online para os registros de Covid, casos positivos e negativos alimentados diariamente, com atuação da equipe de Vigilância, rede hospitalar e atenção básica.
- Boletim epidemiológico que era informado diariamente;
- Realização de Lives diárias pelo secretário de Saúde nas redes sociais para explicar para população sobre toda a rotina de trabalho, Fake News, serviços ofertados nas unidades e hospital.
- Planejamento, avaliação e execução do Plano Municipal de Imunização contra COVID-19.

De acordo com Bosquat et al. (2020) cabe destacar, que os serviços da Atenção Básica em Saúde, por meio de seus trabalhadores, estiveram no centro estratégi-

co do combate a pandemia, a despeito de todas as dificuldades, os serviços da Atenção Básica, continuaram sendo os locais onde a populações mais vulneráveis recebem os cuidados essenciais de saúde. E já existem alguns estudos como os de Souza et al (2020) que apontam que nos municípios onde existiam uma maior cobertura e investimentos na atenção básica, a incidências e desfechos dos casos de COVID tiveram melhores índices, em face disso, e iremos realizar o referido estudo para dar maior visibilidade e entender melhor esses contextos, especialmente no município de Iranduba, interior do Amazonas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de uma pandemia sem precedentes, que ocasionou um quadro grave na saúde pública em todo o mundo, o Município de Iranduba (AM) que se localiza na região metropolitana de Manaus, teve sua rede hospitalar colapsada, ocasionando uma grande crise pela falta de oxigênio e levando a óbito um elevado número de pessoas. A secretaria de Saúde deste Município teve a iniciativa de criar um Comitê de Crise e elaborar um Plano de Contingência que pôde através de medidas preventivas, sanitárias, educativas, criou centros de Referências para o COVID-19 e aumentando sua capacidade de atendimento hospitalar e de restrições à circulação de pessoas conter o avanço da pandemia, evitando assim o aumento do número de internações e um número ainda maior de perdas humanas. Levando-se sempre em consideração suas características regionais, como sua geografia peculiar e por ter uma ligação direta com a capital do Estado.

O Contexto de execução de atividades em Iranduba para mitigar os graves problemas ocasionados em face do cenário pandêmico de COVID-19, demandando inúmeros esforços frente as necessidades de reorganização do processo de trabalho da própria SEMSA, com as mudanças na gestão Municipal, falecimento de um secretário em exercício, desabastecimento de oxigênio, adoecimento de trabalhadoras e trabalhadores, porém serviu de palco para retomada de algumas atividades desenvolvidas no ano de 2020 e o aprimoramento delas, que sem dúvidas auxiliarão no manejo de outras crises semelhantes.

No ano de 2021, o município, que é cercado pelos Rios Negro e Solimões, enfrentou a maior cheia já registrada em cada um desses rios, tão logo que os reflexos da segunda onda diminuíram, os impactos nas áreas alagadiças começaram a ser sentidos, sendo necessárias uma soma de forças não só da SEMSA Iranduba, como de outros setores para mitigar os impactos que o êxodo temporário de moradores de comunidades ribeirinhas durante o período que suas casas ficam tomadas pelas águas barrentas e escuras.

A partir desse relato da atuação dos técnicos e trabalhadores durante a pandemia em Iranduba, nosso próximo passo será coletar as narrativas dos usuários sobre sua percepção de como essas atividades foram desenvolvidas, quais os im-

pactos delas nos serviços de saúde e quais iniciativas precisam melhorar para oferecer um serviço público de qualidade.

Ressaltamos que as informações descritas nesse artigo, fazem parte da primeira Etapa do Projeto “Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”, vinculado ao PROGRAMA C,T&I NAS EMERGÊNCIAS (COVID-19) DE SAÚDE PÚBLICA NO AMAZONAS, desenvolvido no Instituto: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Leônidas e Maria Deane ILMD/FIOCRUZ, que contou com uma pesquisa documental a bibliográfica nos diversos sistemas de informação do DataSus, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), E-gestor AB, SISAB, da FVS/AM, sites da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas e Secretaria Municipal de Saúde de Iranduba, além de outros documentos oficiais e também estudos e pesquisas a respeito das estratégias e ações de enfrentamento à COVID-19, nos respectivos âmbitos de abrangência e que será integrada com pesquisas de in loco no município para completarmos, com pesquisas de campo com gestores, profissionais, e usuários atenção básica.

REFERÊNCIAS

- Bosquat, A. et al. (2020). **Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da Pandemia da COVID-19 no SUS**. São Paulo: USP; Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: UFBA; Pelotas: UFPEL.
- Estácio, M. A. F. (2021). Apresentação (em protesto). **Extensão em Revista**, n. 6, p.7-13.
- Ferla, A. A.; Schweickardt, K. H. S. C.; Noal, D. G.; Schweickardt, J. C. (2019). **Atenção Básica e formação de profissional de saúde: inovações na Amazônia**. Porto Alegre: Rede Unida.
- Garnelo, L. S., Lima, A. B., Silva, Clayton de Oliveira da. (2017). Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1225-1234.
- Borges, S. H. et al. (2014). **Iranduba: características socioambientais de um município em transformação**. / Marcelo da Silveira Rodrigues; Camilo Tomazini Pedrollo; Sérgio Henrique Borges; Yara da Rocha Camargo; Marcelo Paustein Moreira; Graciele Sbízero Amaral; Diego Oliveira Brandão; Simone Iwanaga. - Manaus: FVA.
- Schweickardt, J. C.; Kadri, M. R.; Lima, R. T. S. (2019). **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. Porto Alegre: Rede Unida.
- Schweickardt, J. C.; Ferla, A. A.; Lima, R. T. S.; Amorim, J. S. C. (2020). O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**. 44: e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.24>.



Souza; S. S. et al. (2021). Influência da cobertura da atenção básica no enfrentamento da COVID-19. **Journal Health NPEPS**. 6 (1): jan.-jun., p. 1-21. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.30681/252610104994>.

Teixeira, C. P. et al. (Orgs). (2020). **COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE)**. Rio de Janeiro: Anais/Sessões Temáticas/Profsaúde. 142 p. ISBN: 978-65-88869-02-4.



O sistema de saúde e o enfrentamento à pandemia em Manacapuru/AM: matizes de diversidade na resposta local

Alcindo Antônio Ferla
Júlio Cesar Schweickardt
Ana Paula Cappellari
William Pereira Santos

INTRODUÇÃO



capítulo analisa o contexto do sistema municipal de saúde e as respostas do município de Manacapuru no enfrentamento à pandemia de COVID-19. Compõe parte da investigação que está vinculada à pesquisa *“Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”*. Trata-se, até o presente momento, de uma aproximação analítica de caracterização do contexto do sistema de saúde e das respostas, antecedendo à etapa de campo empírico da pesquisa, com aprofundamento por meio de entrevistas, observação e outras fontes. Nesse momento, na metodologia de casos múltiplos que compõem o desenho da pesquisa geral, trata-se de compreender as condições singulares ou comuns do “caso”, para o contexto da próxima etapa. Mais do que isso, a artesanaria com que desenvolvemos essa etapa da pesquisa permitiu construir um pequeno modelo de análise, combinando indicadores, metodologias de coleta e tratamento de dados secundários, formas de articulação de indicadores que dão um relevo multidimensional ao modelo, além do tratamento de dados e fontes documentais diversificadas, sobretudo com origem no próprio município. Ela dá destaque à relevância de coleccionar dados de diferentes fontes documentais e secundárias como estratégia de pesquisa em saúde coletiva e, ao mesmo tempo, de um movimento ascendente na construção de modelos de análise, onde a escuta ao contexto local ajusta e torna mais precisa a abordagem transversal da pesquisa. Dessa forma, compartilhar esta etapa da produção também é validar um percurso que foi feito, em grande medida, ao caminhar pelas etapas iniciais da pesquisa.

Em iniciativas anteriores, já nos ocupávamos da questão da singularidade da pesquisa no contexto amazônico, onde o olhar sobre o território evoca os limites

das metodologias mais clássicas, não exatamente na camada operacional, mas na sua construção epistemológica. Inicialmente, é necessário lembrar das contribuições muito relevantes de Minayo (Minayo et al., 1994) sobre a condição social e histórica das ciências e, em especial, das formulações sobre as metodologias de pesquisa. Para as autoras e autores, a metodologia, como *“caminho do pensamento e a prática na abordagem da realidade”* ou a *“articulação entre conteúdos, pensamento e existência”* (p. 16), inclui a construção epistêmica da abordagem da pesquisa (as teorias que embasam a investigação e as formas como se articulam com o tema e o objeto da pesquisa, superando impasses anteriores), o conjunto justificado de métodos e técnicas de produção e análise de dados e, bem importante, *“o sopro divino do potencial criativo do investigador”* (Minayo et al., 1994, p. 16). Um pouco menos afeitos à determinação da transcendência, temos nos referido ao devir artista na pesquisa, à pesquisa-aprendizagem e ao embrenhamento na pesquisa (Ferla et. al., 2016; Trepte; Ferla, 2017) para dizer da necessária e inevitável implicação do pesquisador com a pesquisa, o que não é igual a falar de sobreimplicação. Concordando novamente com Minayo et al. (1994), a implicação, traduzida na criatividade do pesquisador, é dispositivo para fugir da armadilha da descontextualização da pesquisa no percurso do pesquisador: *“O endeusamento das técnicas produz ou um formalismo árido, ou respostas estereotipadas. Seu desprezo, ao contrário, leva ao empirismo sempre ilusório em suas conclusões, ou a especulações abstratas e estéreis”* (Minayo et al., 1994, p. 16). Além da homenagem à pesquisadora e sanitarista, aqui o registro de uma dupla alquimia: em métodos e técnicas de produção e análise dos dados, sobretudo o uso de fontes documentais e informacionais secundárias (*“menos”* nobres à pesquisa tradicional, que endeusa a pesquisa empírica e suas técnicas), além da abertura ao diálogo com o contexto local, que é representado pelo território amazônico e suas gentes. Nesta etapa da pesquisa, o diálogo por meio de documentos e informações que representam o cotidiano, mas que foram falseados por um conjunto de oficinas de discussão com trabalhadores e trabalhadoras do sistema municipal de saúde e os demais da pesquisa, de forma virtual, respeitando as normas internacionais de enfrentamento à pandemia de COVID-19.

A estrutura da análise do contexto e da resposta de Manacapuru à pandemia incluiu a caracterização das condições de saúde e de vida em cada território, as condições do sistema de saúde e dados do enfrentamento à pandemia. No próximo item, serão analisados indicadores de condições de vida e de produção de saúde a partir de indicadores dos sistemas de informação em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), disponíveis em bases de acesso aberto, e outros dados socioeconômicos e demográficos também disponíveis para consultas públicas. No item seguinte, da mesma forma, foram utilizados dados, sobretudo documentos, de acesso público. O objetivo dessa camada do estudo é a compreensão das particularidades de cada caso e das questões que transversalizam mais de um ou todos, com o objetivo de compreender comparativamente as condições de resposta à pandemia em cada um dos municípios selecionados. Essa etapa busca atender às condições para considerar a amostra como estudo de casos múltiplos e para

permitir a generalização do conhecimento a ser produzido na pesquisa, atendendo às considerações da literatura especializada.

Como na dinâmica de um estudo de casos múltiplos (Alvez-Mazzotti, 2006), procura-se ilustrar a situação do município com dados e indicadores que permitam, ao mesmo tempo, conhecer a realidade existente no enfrentamento à pandemia, e situar o município como um território em diálogo com outros territórios. A análise buscou dialogar com situações que interferem na produção de saúde nos territórios, seja na condição de determinantes e condicionantes das doenças e da saúde, seja dos modos do andar da vida de cada um. A finalidade é constituir um modelo mental de análise das condições de vida e saúde no município, ao tempo em que há um convite ao diálogo com a realidade que está sendo posta, inicialmente, em evidência. À etapa de análise documental e de dados de domínio público, se seguirá outra, de produção de dados diretamente no território.

O “CASO” MANACAPURU: SAÚDE E CONDIÇÕES DE VIDA

Conforme indicado anteriormente, nesse item se busca caracterizar as condições de saúde e do sistema de saúde de Manacapuru, a partir de dados secundários e de acesso público, para compor um cardápio de informações que tornem possível a compreensão das respostas locais à pandemia de COVID-19. Procuramos utilizar formas de tratamento dos dados a partir de metodologias já estabelecidas por agências e instituições com tradição na produção de indicadores em diferentes formatos, facilitando a comparabilidade entre os diferentes casos em estudo. No estudo, para expandir a compreensão das condições singulares da resposta de Manacapuru, buscou-se, sempre que possível, comparar os dados do município em séries históricas e com os demais da Região de Saúde, com as demais Regiões de Saúde e com o estado do Amazonas como um todo. Os dados serão apresentados em eixos, nominados em subtítulos.

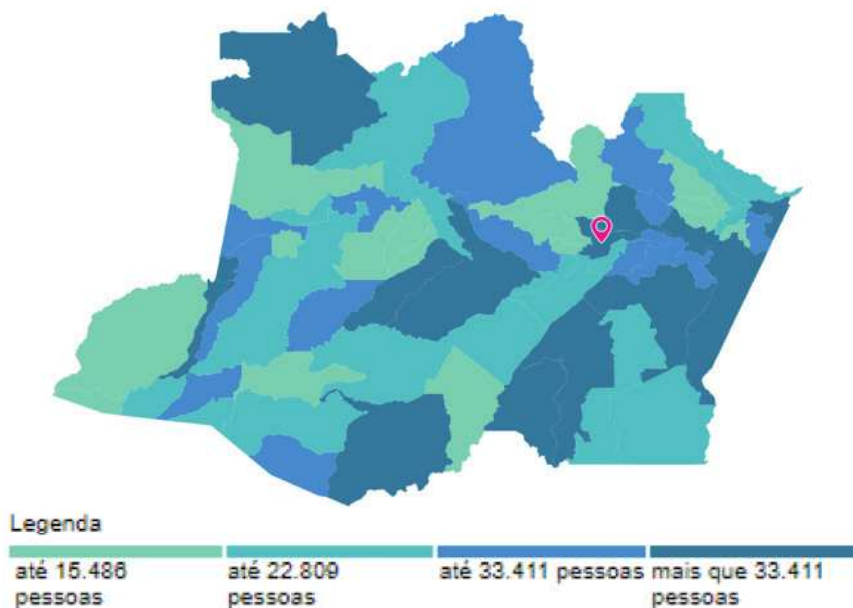
DEMOGRAFIA E LOCALIZAÇÃO

Manacapuru é um município com 97.377 habitantes (estimativa do IBGE para 2021) localizado na Região de Saúde Rio Negro e Solimões, do Sistema Único de Saúde (SUS) do Amazonas, juntamente com os municípios de Anamã (13.614 habitantes), Anori (21.010 habitantes), Beruri (19.679 habitantes), Caapiranga (13.081 habitantes), Coari (85.097 habitantes), Coadajas (28.637 habitantes) e Novo Airão (19.454 habitantes). Situada às margens do Rio Solimões, a 93 quilômetros de Manaus via terrestre, o principal acesso à cidade é através da Rodovia Manoel Urbano, onde está a Ponte Jornalista Phelippe Daou, fundamental para a integração e o desenvolvimento da Grande Manaus. O total de habitantes da Região de Saúde é de 297.949 habitantes, que totaliza aproximadamente 7% da população do Amazonas. Manacapuru é o 4º município em número de habitantes do Amazonas e

compõe a Região Metropolitana de Manaus.

A população do Município de Manacapuru no último Censo Populacional era de 85.141 pessoas e, devido à postergação do Censo previsto para o ano de 2020, esse dado é contabilizado na elaboração de diversos indicadores de desenvolvimento social e econômico. Naquele ano, a densidade demográfica no município era de 11,02 hab/km². Com base na densidade populacional, Manacapuru ocupava o 1º lugar no ranking da região, o 4º lugar no Estado e o 329º lugar entre os municípios brasileiros (Figura 17).

Figura 17. Distribuição espacial e de densidade populacional de Manacapuru e dos municípios do Amazonas, Censo Demográfico de 2010



Fonte: IBGE Cidades (IBGE, 2021).

A vegetação, típica da região amazônica, é formada por florestas de várzea e terra firme, tendo ao seu redor um relevo composto por lagos, ilhotes e uma pequena serra. Manacapuru foi fundada em 1786, a partir de uma aldeia de índios Muras que se estabeleceram na margem esquerda do rio Solimões por volta do século XVIII, fazendo com que surgisse a localidade. É conhecida nacionalmente como a Princesinha do Solimões, apelido que detém desde meados do Século XIX.

O Município dispõe de atrativos naturais conhecidos nacionalmente, assim como sua tradicional festa popular, o Festival de Ciranda de Manacapuru, o que

coloca o município entre os mais visitados por turistas na Amazônia. Sua padroeira é Nossa Senhora de Nazaré e a Igreja Matriz é o principal cartão-postal da cidade. Portanto, há fluxos populacionais sazonais derivados do turismo na cidade.

Manacapuru é uma palavra de origem indígena, derivada da combinação das expressões *Manacá* e *Puru*. *Manacá* é uma planta brasileira das dicotiledôneas, da família Solanaceae. Em tupi-guarani, a palavra significa “Flor”. Já a palavra “*Puru*” possui a mesma origem, sendo distinto apenas o significado, que quer dizer enfeitado ou matizado. Assim sendo, Manacapuru em tupi-guarani significa Flor Matizada. O nome do município também pode ter origem no dialeto indígena, que também significa “*Flor Matizada*”: Mana: Flor; Capuru: Matizada. O nome Manacapuru faz referência a uma aguerrida Cunhã Poranga que governava a nação indígena com mão de ferro. Os índios muras, antigos habitantes do território do município, eram conhecidos pelos portugueses como índios belicosos e hostis, motivo pelo qual foram alvos de guerras movidas pelos invasores portugueses (IBGE, 2020).

Os traços culturais, políticos e econômicos herdados dos colonizadores portugueses, espanhóis e holandeses, em associação com aqueles dos povos indígenas originários, marcam o município de Manacapuru. Dos povos indígenas originários e seus descendentes, os caboclos, descendeu o contato íntimo com o meio ambiente, adaptando-se às peculiaridades regionais e oportunidades oferecidas pela floresta. Ou seja, na sua formação histórica, a demografia de Manacapuru é o resultado da miscigenação das três etnias básicas que compõem a população brasileira: o índio, o europeu e o negro, formando, assim, os mestiços da região (caboclos). Mais recentemente, com a chegada dos imigrantes, especialmente japoneses e judeus vindos do Marrocos, formou-se um caldo de cultura singular, que caracteriza a população da cidade, seus valores e modo de vida. A cidade abriga uma notável comunidade marroquina, em sua maioria judeus. Essas características configuram a base da constituição do município e das condições de seu desenvolvimento social e econômico (IBGE, 2021).

DESENVOLVIMENTO SOCIAL

As análises sobre o desenvolvimento social no Município de Manacapuru têm como fonte principal o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2021), que demonstra uma evolução positiva no indicador e nos seus componentes na série histórica dos últimos 20 anos. O município de Manacapuru tem Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,614, considerando os dados do último Censo Demográfico, que o coloca na faixa de Médio Desenvolvimento Humano. Considerando os dados dos últimos Censos, o município apresenta uma tendência de crescimento: em 1991 era de 0,339; em 2000 de 0,437. Em termos relativos, a evolução do índice entre 2000 e 2010 foi de 40,50%. No mesmo período, o IDHM do estado do Amazonas passou de 0,515 para 0,674, com uma evolução de 30,87%.

Comparando o município com os demais municípios do Amazonas, o índice em 2010 ficou colocado na 11ª posição, com uma queda de quatro posições em relação ao ano de 2000. Em relação aos demais municípios brasileiros, ocupava a posição 3820ª entre os 5.565, com uma queda de 330 posições desde o ano de 2000. Ou seja, além do crescimento nominal, a aceleração do desenvolvimento social no município também foi em relação aos valores médios dos demais municípios do estado e do país.

Considerando as dimensões que compõem o IDHM, também entre 2000 e 2010, verifica-se que o IDHM Longevidade apresentou alteração 14,55%, o IDHM Educação apresentou alteração 107,33% e IDHM Renda apresentou alteração 16,83%. Ou seja, a principal contribuição no crescimento do IDHM foi o componente educação, embora esse seja ainda o componente com menor valor entre aqueles que definem o Índice.

LONGEVIDADE

Em relação aos dados demográficos que informam o componente de longevidade do IDHM, a população no Município vem apresentando tendência de aumento, sendo que entre os anos de 2013 e 2017 a taxa de crescimento foi de 5,08%, pouco inferior à taxa de crescimento da população do Amazonas como um todo, que foi de 6,71%. Em 2017, as estimativas populacionais projetaram uma população do município de Manacapuru de 96.460 pessoas, sendo composta, em sua maioria, por homens (51,05%) e negros (82,7%).

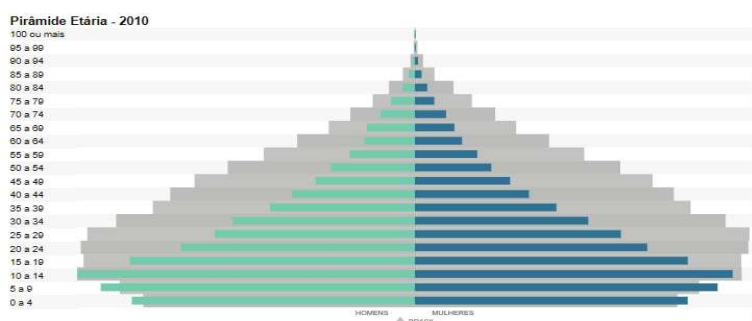
A estrutura etária da população do município de Manacapuru é composta majoritariamente por jovens e, comparativamente ao Brasil, mantém uma diferença visível em relação a esse aspecto. Predominam as faixas etárias de 0 a 19 anos, na base alargada da pirâmide populacional. No estado do Amazonas, a transição demográfica está mais adiantada se comparada com o município, com faixas etárias predominantes até 24 anos. Entretanto, mesmo no Amazonas, a base da pirâmide é mais alargada na base, com maior concentração de jovens. A Figura 18 apresenta as pirâmides populacionais do município e do estado, com dados do Censo Demográfico de 2010, comparando-as com o Brasil como um todo. A população jovem, no início da pandemia, parecia mais resistente e menos suscetível à pandemia.

A taxa de envelhecimento da população no município de Manacapuru, representada pela razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total foi de 4,88 em 2010, com um crescimento de aproximadamente 1 ponto percentual desde o Censo anterior (3,97%). No Amazonas, a taxa foi de 4,03% em 2010, também com crescimento desde o cálculo anterior (3,26%). Ainda segundo as informações do Censo Demográfico, a razão de dependência total no município passou de 84,97%, em 2000, para 71,67% em 2010. No estado do Amazonas, a razão de dependência passou de 72,63% para 59,33%. A razão de de-

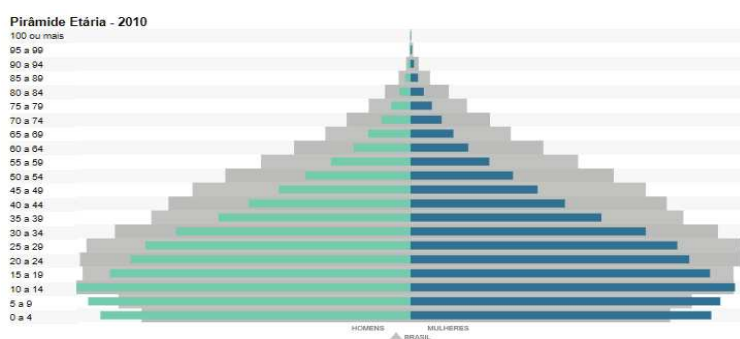
pendência total representa a população com menos de 15 anos ou com mais de 65 anos de idade (população economicamente dependente) em relação à população de 15 a 64 anos de idade (população potencialmente ativa).

Figura 18. Pirâmide populacional do município de Manacapuru e do Estado do Amazonas, comparativamente ao Brasil, 2010

Município de Manacapuru:



Estado do Amazonas:



Fonte: IBGE Cidades (IBGE, 2021)^{4,5}.

A Esperança de Vida ao Nascer é utilizada para compor a dimensão Longevidade do IDHM e, também, descreve as condições de vida e saúde de uma população. O valor dessa variável no município de Manacapuru era de 66,61 anos, em 2000, e de 72,69 anos, em 2010. No Amazonas, a esperança de vida ao nascer era 66,51 anos em 2000, e de 73,30 anos, em 2010. Um dos principais componentes da Esperança de Vida ao Nascer, a taxa de mortalidade infantil, definida

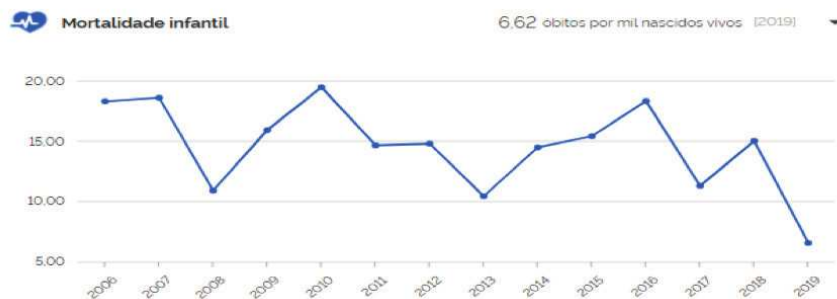
2 - Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manacapuru/panorama>

2 - Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/panorama>

como o número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade para cada mil nascidos vivos, passou de 41,14 por mil nascidos vivos em 2000 para 17,23 por mil nascidos vivos em 2010 no município. No Amazonas, essa taxa passou de 37,95 para 17,01 óbitos por mil nascidos vivos no mesmo período. Em 2019, a taxa de mortalidade infantil média no município foi de 6,62 para 1.000 nascidos vivos. Causa relevante para a mortalidade infantil, as internações devido a diarreias no mesmo ano foram de 0,8 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 61 de 62 (mortalidade infantil) e 35 de 62 (internações por diarreias), respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3.801ª e 2.710ª de 5570, respectivamente. A comparação demonstra uma condição bastante favorável do Município em relação aos demais no Estado e no Brasil.

Entretanto, a análise da série histórica da mortalidade infantil mostra grandes oscilações no período de 2006 a 2019, o que traduz fragilidades nas políticas públicas de saúde e de acesso a bens e serviços para suporte à vida. A Figura 19 apresenta o comportamento da mortalidade infantil em Manacapuru.

Figura 19. Série histórica do coeficiente de mortalidade infantil em Manacapuru/AM, 2006-2019



Fonte: IBGE Cidades e Estados, 2020.

EDUCAÇÃO

Para o cálculo do componente Educação do IDHM são utilizados cinco indicadores, quatro referentes ao fluxo escolar de crianças e jovens, buscando medir até que ponto estão frequentando a escola na série adequada à sua idade, e um quinto indicador referente à escolaridade da população adulta.

No município de Manacapuru, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola em 2010 era de 60,78%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos, frequentando os anos finais do ensino fundamental, era

de 79,66%. A proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 41,50%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 27,24%.

Em 2000, 62,17% da população de 6 a 17 anos estavam cursando o ensino básico regular com menos de dois anos de defasagem idade-série. Em 2010, esse percentual era de 78,31%. A taxa de Distorção idade-série no ensino médio no município era de 40,40%, em 2016, e passou para 38,80%, em 2017. Por sua vez, a taxa de evasão no fundamental foi de 4,10%, em 2013, para 5,60%, em 2014. A taxa de evasão no ensino médio foi de 11,20%, em 2013, e, em 2014, de 7,70%.

O indicador Expectativa de anos de estudo, que sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar, indica, mais precisamente, o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência terá completado ao atingir a idade de 18 anos, foi da ordem de 6,43 anos, em 2000, e 8,63 anos, em 2010, no município. No Amazonas, registrou 6,68 anos e 8,54 anos, respectivamente.

Também compõe o IDHM Educação e mede a escolaridade da população adulta, o indicador do percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo reflete defasagens das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 22,29% para 40,79%, no município, e de 37,14% para 54,87%, no estado. Em 2010, considerando-se a população de 25 anos ou mais de idade em Manacapuru, 21,21% eram analfabetos, 34,35% tinham o ensino fundamental completo, 22,49% possuíam o ensino médio completo e 3,59%, o superior completo. No Amazonas, esses percentuais eram, respectivamente, 12,30%, 52,07%, 37,77% e 8,23%.

RENDA, POBREZA E DESIGUALDADE

Os valores da renda per capita mensal registrados no município de Manacapuru, em 2000 e 2010, evidenciam que houve crescimento da renda entre os anos mencionados e redução das desigualdades. A renda per capita mensal no município era de R\$ 199,66, em 2000, e de R\$ 342,58, em 2010, a preços de agosto de 2010. O Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD, 2021) categoriza os níveis de pobreza em extremamente pobres (pessoas com renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$70,00), pobres (renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$140,00) e vulneráveis à pobreza (renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$255,00, em valores a preços de 01 de agosto de 2010). Dessa forma, em 2000, 32,36% da população do município eram extremamente pobres, 57,82% eram pobres e 80,17% eram vulneráveis à pobreza; em 2010, essas proporções eram, respectivamente, de 16,16%, 35,47% e 61,05%. O índice de Gini no município passou de 0,57, em 2000, para 0,56, em 2010, indicando, portanto, houve redução na desigualdade de renda.

Entre os anos de 2000 e 2010, segundo os dados do Censo Demográfico, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais, que indica o percentual dessa população que era economicamente ativa no município, passou de 62,99% para 65,38%. Ao mesmo tempo, a taxa de desocupação nessa faixa etária, isto é, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada, passou de 17,79% para 9,66%. No município, o grau de formalização entre a população ocupada de 18 anos ou mais de idade passou de 18,36%, em 2000, para 23,46%, em 2010.

De acordo com as análises do Atlas de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2021) Uma síntese da situação da vulnerabilidade social no município de Manacapuru é indicada pela dinâmica dos seguintes indicadores: houve redução no percentual de crianças extremamente pobres, que passou de 39,66% para 22,25%, entre 2000 e 2010; o percentual de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos, no mesmo período, passou de 25,70% para 33,63%. Neste mesmo período, é possível perceber que houve redução no percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza, que passou de 26,31% para 17,66%. Por último, houve crescimento no percentual da população em domicílios com banheiro e água encanada no município. Em 2000, o percentual era de 27,10% e, em 2010, o indicador registrou 55,60%.

CAPACIDADE INSTALADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O município de Manacapuru apresenta uma cobertura assistencial por Atenção Básica e pela Estratégia de Saúde da Família maior do que na Região de Saúde e no Estado do Amazonas, como se verá a seguir. Essas coberturas têm um crescimento muito pequeno ao longo dos anos, característica que a aproxima do estado como um todo.

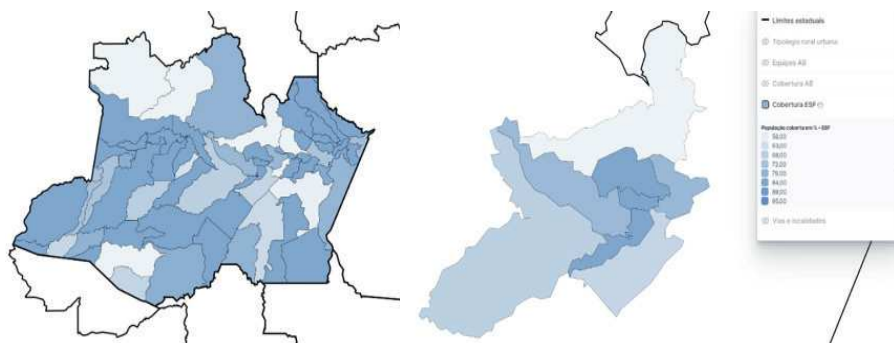
Em dezembro de 2020, período de consolidação dos dados nacionais disponíveis no painel de indicadores da Secretaria de Atenção Primária em Saúde do Ministério da Saúde, o município de Manacapuru contava com 24 equipes de Saúde da Família (eSF) vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), 1 equipe na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40h) e 1 equipe parametrizada em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizada). A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica (AB) era de 89.280 pessoas (91,68% do total). Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da Família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 82.800 pessoas (85,03% do total).

Na Região de Saúde Rio Negro e Solimões, no mesmo período, estavam cadastradas e em funcionamento 73 equipes de Saúde da Família (eSF) vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), 7 equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40h)

e 1 equipe parametrizada em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizada). A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica (AB) era de 251.375 pessoas (84,36% do total). Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da Família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 240.905 pessoas (80,85% do total).

O estado do Amazonas, em dezembro de 2020, contava com 831 equipes de Saúde da Família (eSF) vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), 87 equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h) e 101 equipes parametrizadas em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas). A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica (AB) era de 3.195.751 pessoas (77,10% do total). Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da Família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 2.657.911 pessoas (64,12% do total). A distribuição da cobertura populacional por ESF no estado do Amazonas e na Região de Saúde Rio Negro e Solimões em dezembro de 2020 está demonstrada na Figura 20.

Figura 20. Cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família em municípios, Amazonas e Região de Saúde Rio Negro e Solimões, dezembro de 2020.



Fonte: Painel de Indicadores, SAPS/Ministério da Saúde (acesso em outubro de 2021).

No mesmo período (dezembro de 2020) a Região Norte contava com 3.780 equipes de Saúde da Família (eSF) vinculadas à Estratégia Saúde da Família, 504 equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h) e 134 equipes parametrizadas em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas). A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica (AB) era de 13.569.363 pessoas (73,63% do total). Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da Família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 11.923.817 pessoas (64,69%).

Por fim, em dezembro de 2020 o Brasil contava com 43.286 equipes de Saúde da Família (eSF) vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), 8.639 equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h) e 2.180 equipes parametrizadas em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas). A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica (AB) era de 159.900.453 pessoas (76,08% do total). Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da Família vinculadas às Estratégias de Saúde da Família (ESF) era de 133.710.730 (63,62%) pessoas.

A análise comparada da cobertura assistencial por atenção básica e pela Estratégia de Saúde da Família demonstra que o município de Manacapuru e a Região de Saúde Rio Negro e Solimões tinham maiores taxas em relação aos demais municípios do Amazonas e do Brasil como um todo. Além de indicadores relacionados à saúde mais favoráveis em relação à atenção básica, Manacapuru também tem uma estrutura de serviços mais diversificada do que os municípios próximos e, mesmo, na distribuição média de serviços das redes de atenção prioritárias ao SUS no Amazonas. A estrutura e os indicadores de organização do sistema municipal de saúde de Manacapuru permitem estimar, até essa etapa da análise, uma boa capacidade de resposta no enfrentamento da pandemia.

O município de Manacapuru tem aproximadamente 29% dos Estabelecimentos de Saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Região de Saúde, o que mostra uma distribuição iníqua, uma vez que nele habitam aproximadamente 33% da população regional. Entretanto, aproximadamente 38% dos consultórios da Região estão instalados no seu território. Há também um conjunto de estabelecimentos que representam as principais redes de atenção à saúde do SUS, como em relação à regulação do acesso, à rede de atenção às urgências e emergências, à rede de atenção à mãe e à criança, entre outras. Anteriormente, verificou-se que a cobertura assistencial por atenção básica e ESF são mais altas do que a média regional e estadual. Mas existe uma grande concentração de estabelecimentos na Capital, Manaus, e nos municípios da Região de Saúde Manaus e Entorno, que representa o padrão metropolitano brasileiro. Conforme esse padrão (Ianni et al., 2012), frequentemente o desenvolvimento econômico constitui-se em força de atração da população em busca de emprego, renda e serviços, inclusive com a formação de aglomerados urbanos, e os desenhos de descentralização das políticas públicas ficam comprometidos pelo esgotamento de fontes de financiamento e por métricas de eficiência que dificultam a expansão equânime no território. Há aqui uma dupla consequência em termos de equidade: bolsões de vazios assistenciais nas periferias dos grandes centros e a escassez de oferta nas áreas de maior dispersão populacional. A pandemia explicitou essa condição de iniquidade, como se verá adiante.

Seguindo a análise da capacidade instalada de serviços, buscou-se identificar o número de consultórios da atenção básica, seja em UBS ou isolados. A Tabela

3 apresenta os dados comparados de números absolutos e coeficientes por mil habitantes.

Tabela 3. Comparativo de consultórios da atenção básica, municípios da Região de Saúde Rio Negro e Solimões e demais Regiões de Saúde, Amazonas, setembro de 2021

Região de Saúde (CIR)	População Estimada*	Clínica Básica	Clin. Especializada	Clínico Indiferente	Odontológicos	Não Médicos	TOTAL	Coef. Cons./1 mil Hab
13001 Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	2.576.049	1.170	1.088	287	1.176	981	4.702	1,83
13002 Rio Negro e Solimões	297.949	108	34	17	83	53	295	0,99
130008 Anamá	13.614	10	1	-	9	6	26	1,91
130010 Anori	21.010	15	-	1	5	-	21	1,00
130063 Beruri	19.679	5	3	2	2	2	14	0,71
130083 Caapiranga	13.081	4	-	-	4	7	15	1,15
130120 Coari	85.097	18	11	7	15	14	65	0,76
130130 Codajás	28.637	12	2	-	11	1	26	0,91
130250 Manacapuru	97.377	38	17	6	33	17	111	1,14
130320 Novo Airão	19.454	6	-	1	4	6	17	0,87
13003 Rio Madeira	199.609	114	40	22	61	58	295	1,48
13004 Médio Amazonas	172.997	71	41	10	52	46	220	1,27
13005 Baixo Amazonas	250.599	86	32	27	63	68	276	1,10
13006 Regional Purus	132.588	37	20	12	32	26	127	0,96
13007 Regional Juruá	137.818	50	7	10	28	26	121	0,88
13008 Triângulo	125.121	64	19	16	32	55	186	1,49
13009 Alto Solimões	251.867	113	16	12	61	75	277	1,10
Total	4.144.597	1.813	1.297	413	1.588	1.388	6.499	1,57

Fonte: CNES/TABNET/DATASUS (competência setembro de 2021).

Os dados da Tabela 3 reafirmam a concentração de consultórios em Manaus e Entorno, que impactam o coeficiente de cobertura populacional do Estado, sendo a única Região que supera a média estadual. Manacapuru apresenta dados ligeiramente inferiores à média estadual e se destaca na região em termos de número absoluto de consultórios e coeficiente. Como se registrou anteriormente, no município reside aproximadamente 33% da população e estão sediados 35% dos consultórios da atenção básica, 50% dos consultórios especializados, 40% dos consultórios odontológicos e aproximadamente 38% do total de consultórios da Região. O volume de consultórios isolados é bastante significativo para compreender um sistema de saúde com escassa produção de redes de atenção, que opera mais frequentemente na lógica da queixa-conduta, com maior dificuldade de ações matriciadas e o desenvolvimento do trabalho embasado na educação permanente em saúde e na compreensão densa da realidade territorial (Ferla, 2021).

Na rede de urgência e emergência, foram analisados os leitos ambulatoriais e leitos de observação, conforme apresenta a tabela a seguir. A Região de Saúde Rio Negro e Solimões apresenta coeficientes próximos às médias estaduais e o município de Manacapuru têm coeficientes mais altos do que as médias da Região. Os coeficientes populacionais representam maior ou menor dificuldade de acesso, considerando apenas os fatores demográficos. No enfrentamento à pandemia, os fluxos de atendimento emergencial foram alterados com a criação de pontos de atenção específicos, como ambulatorios e hospitais “de campanha” (referência direta à ação bélica que está na matriz das práticas de saúde, sobretudo-

do na vigilância). Entretanto, a maior ou menor estruturação da rede de atenção às urgências também informa da maior ou menor produção de cultura sobre os fluxos assistenciais em situações agudas.

Tabela 4. Comparativo de leitos ambulatoriais e leitos de observação da rede de atenção às urgências e emergências, municípios da Região de Saúde Rio Negro e Solimões e demais regiões de saúde, Amazonas, setembro de 2021

Região de Saúde/Município	População Estimada*	Leitos Amb. Pediatria	Leitos Amb. Femininos	Leitos Amb. Masculinos	Leitos Amb. Indiferentes	TOTAL LEITOS AMB	Leitos Amb./1 mil hab	Leitos U/E Pediatria	Leitos U/E Femininos	Leitos U/E Masculinos	Leitos U/E Indiferentes	TOTAL LEITOS U/E	Leitos U/E/1 mil hab
13001 Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	2.576.049	24	47	48	215	334	0,13	173	168	149	347	837	0,32
13002 Rio Negro e Solimões	297.949	5	11	11	27	54	0,18	25	23	27	21	96	0,32
..... CODAJAS	28.637	2	-	-	-	2	0,07	4	6	8	-	18	0,63
..... ANAMA	13.614	-	-	-	2	2	0,15	-	-	-	3	3	0,22
..... MANACAPURU	97.377	-	-	-	10	10	0,10	12	10	11	-	33	0,34
..... NOVO AIRAÓ	19.454	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	0,26
..... CAAPIRANGA	13.081	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	0,23	
..... COARI	85.097	-	5	5	15	25	0,29	9	7	7	10	33	0,39
..... BERURI	19.679	3	6	6	-	15	0,76	-	-	-	1	1	0,05
..... ANORI	21.010	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13003 Rio Madeira	199.609	1	-	-	36	37	0,19	12	18	15	10	55	0,28
13004 Médio Amazonas	172.997	10	8	9	7	34	0,20	4	5	5	24	38	0,22
13005 Baixo Amazonas	250.599	-	-	-	6	6	0,02	17	17	18	39	91	0,36
13006 Regional Purus	132.588	11	18	36	10	75	0,57	14	28	16	15	73	0,55
13007 Regional Juruá	137.818	3	-	-	6	9	0,07	7	11	13	9	40	0,29
13008 Triângulo	125.121	3	1	2	13	19	0,15	5	5	3	10	23	0,18
13009 Alto Solimões	251.867	2	1	1	8	12	0,05	16	17	16	14	63	0,25
Total	4.144.597	59	86	107	328	580	0,14	273	292	262	489	1.316	0,32

Fonte: CNES/TABNET/DATASUS (competência setembro de 2021).

A caracterização dos sistemas locais de saúde, em particular para compreender as respostas no enfrentamento à pandemia de COVID-19 não podem prescindir da análise da capacidade instalada de leitos hospitalares. A Tabela 03, que segue o modelo de comparação desenvolvido anteriormente, descreve leitos de internação e leitos complementares, considerando o total de leitos cadastrados e ativos, o total vinculado ao SUS e o total não vinculado ao SUS. Verifica-se, inicialmente, que na totalidade do estado do Amazonas os coeficientes são menores do que aqueles preconizados nas políticas nacionais (variação aproximada de 3,0 a 3,5 por 1 mil habitantes), sendo que transparece a predominância da lógica de regulação do mercado: alto percentual de vinculação com o SUS nos pequenos municípios e nos leitos de menor densidade tecnológica, quando há escassez de leitos. Exceto na Região de Manaus e Entorno e Triângulo, o coeficiente de leitos das regiões e municípios é menor do que a média estadual. Ou seja, há uma dificuldade relativamente comum de acesso aos leitos.

Além de indicadores da estrutura física de serviços e redes, a compreensão da dinâmica de funcionamento do sistema de saúde requer a análise da força de trabalho. Na Tabela 05, foram pesquisados o número de indivíduos (não dos vínculos empregatícios) com formação superior nos sistemas de saúde de territórios selecionados, para contextualizar o município de Manacapuru. Conforme os dados apresentados na Tabela 04, verifica-se uma grande concentração de pro-

fissionais em Manaus e Entorno, que é o território que tem mais altos coeficientes de profissionais em geral e médicos por 1 mil habitantes. Na Região do Rio Negro e Solimões, os coeficientes são menores do que as médias estaduais e o município de Manacapuru se destaca pelo número absoluto de profissionais disponíveis, embora com coeficientes próximos aos demais municípios da Região.

Tabela 5. Comparativo de leitos hospitalares, municípios da Região de Saúde Rio Negro e Solimões e demais regiões de saúde, Amazonas, setembro de 2021

Região de Saúde/Município	População Estimada*	Total Internação	SUS	Não SUS	% SUS	Total Completos	SUS	Não SUS	% SUS	Leitos / 1 mil hab.
13001 Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	2.576.049	3971	3180	791	80,08	1.194	899	295	75,29	2,01
13002 Rio Negro e Solimões	297.949	345	341	4	98,84	53	32	21	60,38	1,34
..... CODAIAS	28.637	47	47	-	100	-	-	-	-	1,64
..... ANAMA	13.614	20	20	-	100	-	-	-	-	1,47
..... MANACAPURU	97.377	72	72	-	100	28	18	10	64,29	1,03
..... NOVO AIRAO	19.454	22	22	-	100	6	-	6	-	1,44
..... CAAPIRANGA	13.081	33	33	-	100	3	3	-	100,00	2,75
..... COARI	85.097	105	101	4	96	14	9	5	64,29	1,40
..... BERURI	19.679	23	23	-	100	2	2	-	100,00	1,27
..... ANORI	21.010	23	23	-	100	-	-	-	-	1,09
13003 Rio Madeira	199.609	176	176	0	100,00	60	37	23	61,67	1,18
13004 Médio Amazonas	172.997	235	235	0	100,00	28	24	4	85,71	1,52
13005 Baixo Amazonas	250.599	310	310	0	100,00	57	52	5	91,23	1,46
13006 Regional Purus	132.588	195	195	0	100,00	19	11	8	57,89	1,61
13007 Regional Juruá	137.818	216	216	0	100,00	26	18	8	69,23	1,76
13008 Triângulo	125.121	219	207	12	94,52	76	54	22	71,05	2,36
13009 Alto Solimões	251.867	376	348	28	92,55	63	38	25	60,32	1,74
Total	4.144.597	6043	5208	835	86,18	1.576	1.165	411	73,92	1,84

Fonte: CNES/TABNET/DATASUS (competência setembro de 2021).

Todos os territórios analisados têm coeficientes de médicos menores do que a meta estabelecida pelo Programa Mais Médicos, de 2,7 médicos por 1 mil habitantes a ser alcançada nos próximos cinco anos e, mais do que isso, têm coeficientes próximos àqueles aferidos por ocasião do lançamento do Programa, em 2013, demonstrando a baixa eficácia das estratégias de fixação desses profissionais ao longo dos últimos 9 anos. O volume de médicos de família e comunidade está próximo aos parâmetros de cobertura assistencial propostos pela Estratégia de Saúde da Família, embora se deva considerar a dispersão populacional e dificuldades de acesso nesses territórios, maior do que a média nacional. Em que pese esse fator de confusão, a disponibilidade desses profissionais está em sintonia com a cobertura populacional analisada anteriormente. Os dados da tabela descrevem sistemas de saúde municipais com alta dependência da capacidade de captar profissionais, sobretudo médicos.

Os indicadores de estrutura até aqui analisados mostram que Manacapuru é um dos municípios do interior do Amazonas com boa estruturação do seu sistema municipal de saúde, é o município de maior porte na região de saúde e apresenta escassez e iniquidade na distribuição de serviços e profissionais de saúde, considerando o território amazônico e, ainda mais aguda a iniquidade, considerando o SUS como um todo. O item seguinte apresentará alguns indicadores de resultado no enfrentamento à pandemia.

Tabela 6. Comparativo de profissionais de formação superior (indivíduos) registrados nos municípios da Região de Saúde Rio Negro e Solimões e demais Regiões de Saúde, Amazonas, setembro de 2021.

Região de Saúde/Município	População Estimada¹	Assistente Social	Biomédico Farmacêutico	Grupo	Clínico Geral	Esterilizador	Fisioterapeuta Fonoaudiólogo	Ginec. Obstetra	Médico de Família	Nutricionista	Odontólogo	Pediatra	Psiquiatra	Radiologista	Santidade	Outras			TOTAL	Prof./1 milhab.	Coef. Médios / milhab.			
																Outras especialidades médicas						Outras ocupações nível superior	Coef. Totl Médios / milhab.	
																relat. Saúde								
13001 Manaus, Estorno e Alto Rio Negro	2.576.049	526	405	105	1.237	4.165	763	210	241	338	247	1.264	598	479	28	82	1	1.260	221	12.220	4,74	3.560	1,54	7.621
13002 Rio Negro e Solimões	201.949	55	24	6	48	284	44	12	10	59	19	88	6	27	2	2	-	13	25	714	2,40	141	0,47	5.650
..... COTACAS	20.637	2	2	-	2	15	4	1	-	9	1	8	1	2	-	-	-	-	1	48	1,68	12	0,42	3.102
..... ANANIAS	13.614	1	3	-	-	20	1	1	-	5	-	7	-	-	-	-	-	-	1	39	2,86	5	0,37	2.723
..... MANAUS-PR	97.277	26	9	4	13	88	15	5	3	21	5	27	3	16	1	1	-	6	15	308	2,75	51	0,53	4.537
..... NOVO ARAUJO	19.454	4	2	-	3	15	2	1	-	5	1	7	-	1	-	1	-	1	-	48	2,21	10	0,51	3.891
..... CAPIMANGA	13.801	2	2	-	2	17	2	-	1	2	1	5	-	2	-	-	-	-	1	37	2,83	5	0,38	6.541
..... COARI	65.937	18	6	2	13	85	15	3	6	12	9	17	2	5	1	-	-	6	6	206	2,42	42	0,49	7.091
..... BESAURI	19.679	1	-	-	4	19	1	1	-	4	-	4	-	-	-	-	-	-	1	35	1,78	8	0,42	4.920
..... ANORI	21.001	1	-	-	6	15	4	-	-	1	2	8	-	1	-	-	-	-	-	38	1,81	7	0,33	2.000
13003 São João	199.609	27	22	8	33	172	33	8	1	41	12	62	3	18	2	3	-	7	28	480	2,40	98	0,49	4.069
13004 Médio Amazonas	177.997	37	19	5	41	178	33	10	4	35	10	75	9	21	-	1	-	7	11	496	2,87	102	0,59	4.943
13005 São Antonio	250.959	46	21	1	37	270	39	7	1	55	20	86	6	24	1	2	-	1	14	633	2,59	104	0,42	4.556
13006 Regional Puros	131.588	16	8	1	38	151	31	8	3	24	12	55	6	20	-	-	-	6	9	380	2,87	70	0,53	5.525
13007 Regional Urubá	137.803	13	8	3	14	114	17	1	3	41	12	38	1	11	1	-	-	1	12	290	2,10	64	0,46	3.361
13008 Itapicoba	125.121	25	19	2	19	139	36	6	-	32	9	55	3	13	-	1	-	-	6	365	2,92	57	0,46	3.910
13009 Alto Solimões	251.867	32	23	1	47	330	31	9	3	77	24	108	8	21	-	3	-	7	16	740	2,94	146	0,58	3.721
Total	4.144.997	779	549	212	1.510	5.783	1.027	271	266	702	365	1.266	630	634	34	94	1	1.302	342	16.339	3,94	4.742	1,14	5.904

Fonte: CNES/TABNET/DATASUS (competência setembro de 2021).

A PANDEMIA DE COVID-19 EM MANACAPURU

A análise dos efeitos da pandemia no município de Manacapuru será feita em três movimentos: a) um efeito processual, que é a oscilação no funcionamento da atenção básica em saúde, considerando os indicadores registrados no Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), recuperados na base nacional; 2) um efeito de desfecho, que foi a oscilação de mortes, com dados recuperados da base nacional do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); e 3) um efeito de resposta local, que foi os movimentos institucionais de resposta do município no enfrentamento à pandemia.

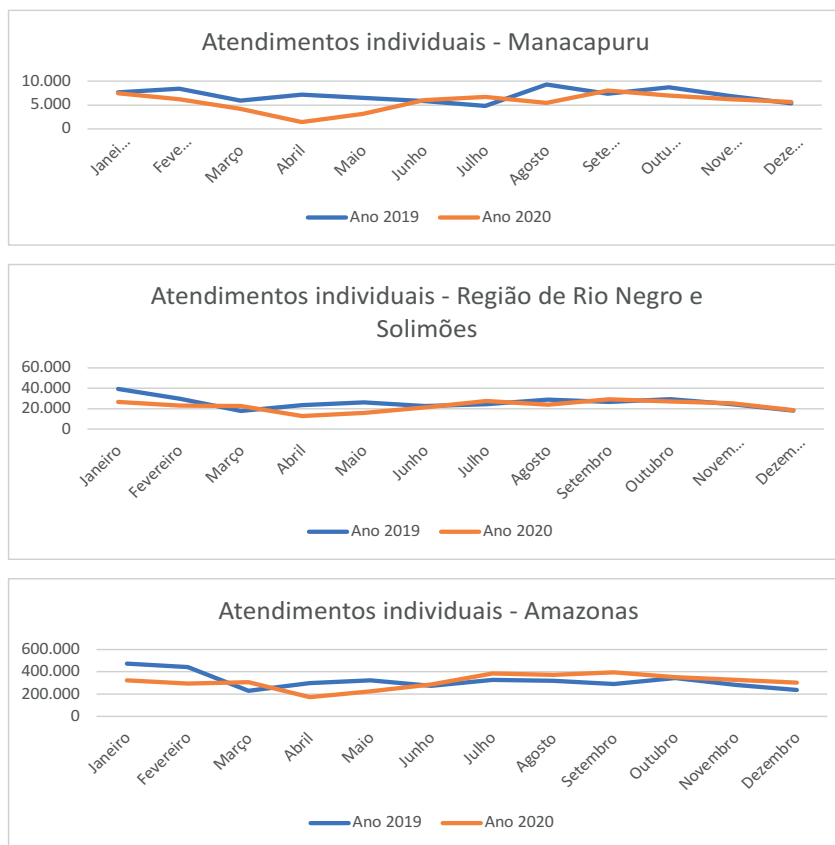
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DE MANACAPURU NA PANDEMIA

A pandemia trouxe efeitos relevantes na produção do cuidado na atenção básica/primária do município de Manacapuru. Foram analisados os quantitativos de atendimentos individuais, atendimentos odontológicos, procedimentos realizados e visitas domiciliares ao longo dos meses dos anos de 2019 e 2020, no respectivo município, na Região de Rio Negro e Solimões e no estado do Amazonas. A tendência observada nos dados é de períodos de maior fragilidade na produção do cuidado ao longo do período e, também, um efeito diferente nos principais serviços afetados e diverso entre os territórios.

Os dados analisados incluem a produção registrada de todos os serviços da rede de atenção básica, como Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipes de Atenção Básica (EAB), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp) e Equipes de Atenção Primária (eAP).

Os dados registrados no Gráfico 1 demonstram uma queda acentuada de atendimentos individualizados nos meses de abril e maio de 2020, exatamente no período inicial da pandemia no Brasil, tanto em Manacapuru, como na Região de saúde e, também, em relação ao Amazonas. Nos atendimentos referentes a 2020, podemos observar uma diminuição em praticamente todo o ano quando comparamos com os mesmos períodos de 2019 no município de Manacapuru. Já a Região de Rio Negro e Solimões e o estado do Amazonas apresentaram uma queda inicial (abril e maio), porém a partir do mês de junho retomaram os atendimentos individualizados de 2020 em números semelhantes a 2019 e por vezes em número maior. No total dos atendimentos realizados nos dois anos, houve redução nos três territórios, bastante maior no município (redução de 19,7%), intermediária na soma dos demais municípios da Região de Saúde (redução de 12,4%) e relativamente pequena no total dos municípios do Amazonas (redução de 2,6%).

Gráfico 9. Comparativo de atendimentos individualizados realizados mensalmente em Manacapuru, Região de Rio Negro e Solimões e o Estado do Amazonas, 2019 e 2021

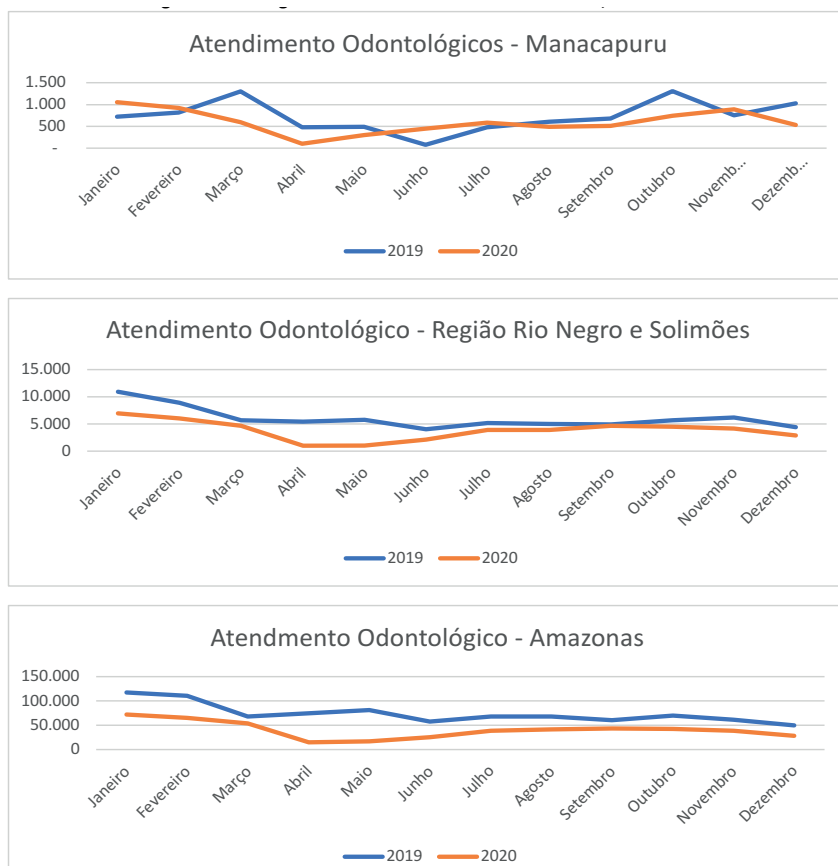


Fonte: Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica (SISAB).

Assim como os atendimentos individualizados os atendimentos odontológicos tiveram uma queda expressiva nos meses de abril e maio de 2020 quando comparados com o mesmo período de 2019 e se mantiveram assim durante todo o ano de 2020 quando comparamos Manacapuru, Região de Rio Negro e Solimões e o Estado do Amazonas, conforme se verifica no Gráfico 2. No caso dos atendimentos odontológicos, entretanto, os consolidados anuais apontam uma tendência contrária aos atendimentos individuais: a redução no município foi menor, de 18,13%; a região segue com uma redução intermediária, de 36,6%; e o estado como um todo com a maior redução, de 45,7%. Essa queda pode ser justificada pela diminuição da procura por esse tipo de cuidado e pela orientação do Minis-

tério da Saúde, no guia de orientações para Atenção Odontológica no contexto da Pandemia (2020), que em um primeiro momento fossem realizados somente atendimentos de emergência pelos profissionais dentistas já que os procedimentos odontológicos são considerados como alto risco de transmissão. Em Manacapuru, a reorganização do trabalho das equipes de saúde bucal permitiu a manutenção dos atendimentos⁶, situação que se manteve ao longo de 2021.

Gráfico 10. Comparativo de atendimentos odontológicos realizados mensalmente em Manacapuru, Região de Rio Negro e Solimões e o Estado do Amazonas, 2019 e 2020.

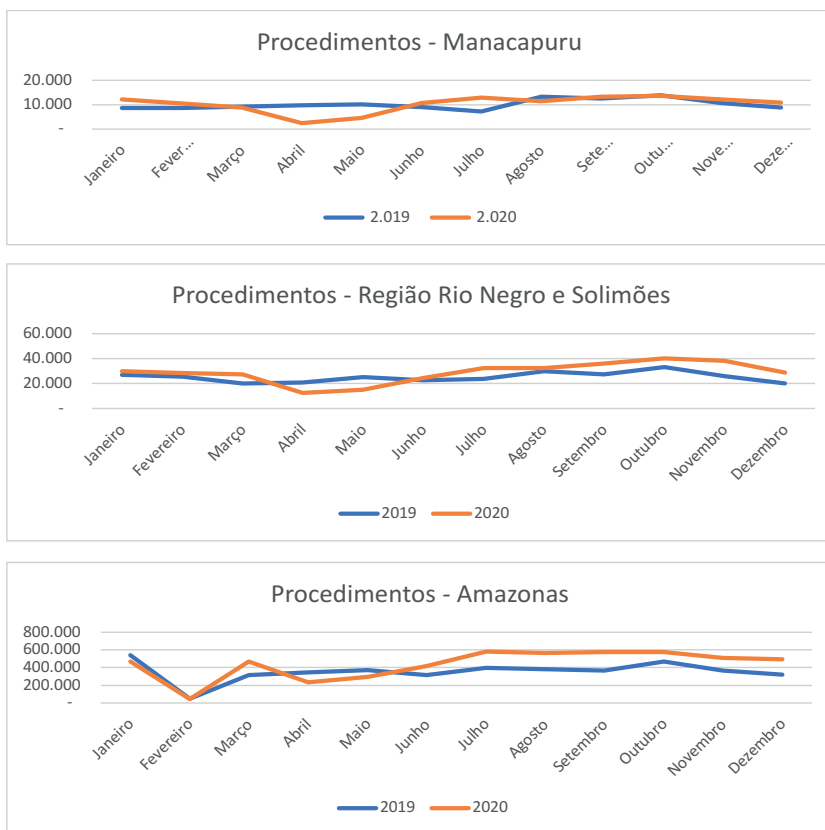


Fonte: Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica (SISAB).

6 - Notícia. Serviços odontológicos disponíveis nas UBS's. Mediante agendamentos prévios, oito (8) Unidades de Saúde da Zona Urbana estão atendendo a população com serviços odontológicos. 17/05/2021. Disponível em: <https://www.manacapuru.am.gov.br/servicos-odontologicos-disponiveis-manacapuru.php>

Os dados registrados sobre procedimentos realizados na atenção básica no total dos anos de 2019 e 2020 (Gráfico 3) demonstram um aumento, que é menor no município (1,50%), intermediário na região (14,9%) e maior no estado como um todo (23,50%). Como nos dados apresentados anteriormente, o monitoramento mensal demonstra uma queda de atendimentos acentuada nos meses de abril e maio de 2020 exatamente no período inicial da pandemia no Brasil, tanto em Manacapuru, como na Região de saúde e, também, em relação ao estado.

Gráfico 11. Comparativo de procedimentos da atenção primária em saúde realizados mensalmente em Manacapuru, Região de Rio Negro e Solimões e o Estado do Amazonas, 2019 e 2020.

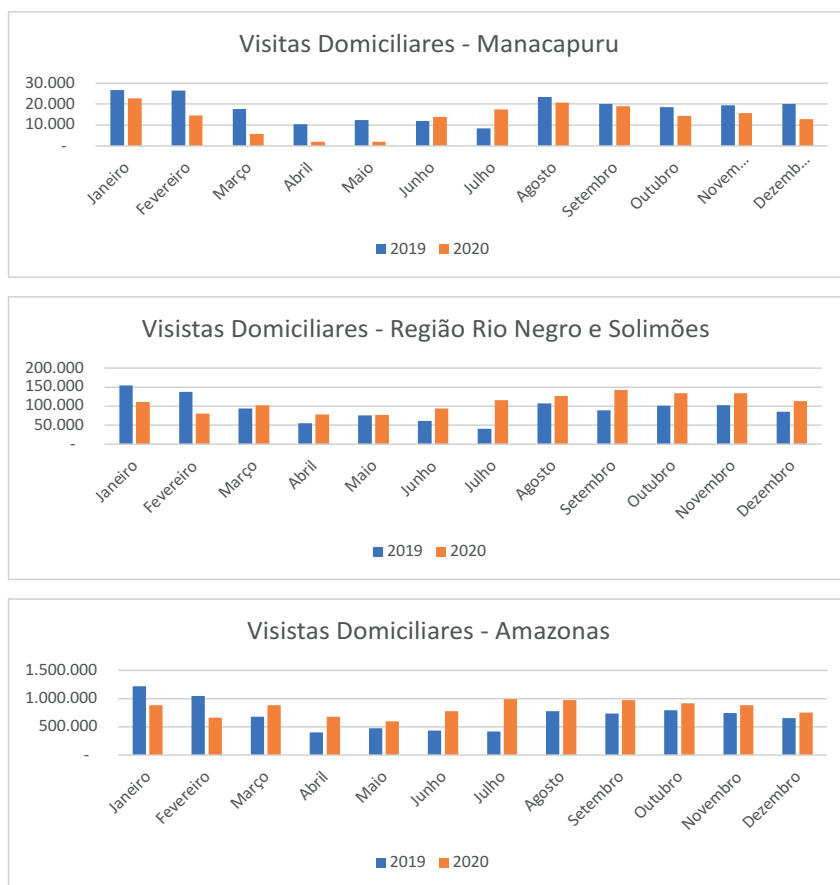


Fonte: Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica (SISAB).

O Gráfico 12 demonstra uma diminuição de aproximadamente 26% nas visitas domiciliares do município de Manacapuru no ano de 2020 em comparação

ao ano de 2019. Já a Região de Rio Negro e Solimões e o estado do Amazonas apresentam um aumento da produção relacionada às visitas domiciliares no ano de 2020, de aproximadamente 15% na região e de 24% no estado. De forma diferente aos indicadores anteriormente apresentados, a oscilação mensal foi visível no município, sendo que nos demais territórios as oscilações parecem ter eventos cíclicos nos territórios como principal explicação, já que acompanham as tendências do ano anterior.

Gráfico 12. Comparativo de visitas domiciliares realizadas mensalmente em Manacapuru, Região de Rio Negro e Solimões e o Estado do Amazonas, 2019 e 2020.



Fonte: Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica (SISAB).

As análises desses dados de produção da atenção básica mostram que no início da pandemia, principalmente nos meses de abril e maio, houve uma queda expressiva nos atendimentos, seja por uma diminuição de acesso dos próprios usuários ou pela restrição de atendimentos dos serviços, mas também pelos afastamentos de profissionais com comorbidades, idosos e gestantes e ainda pelo acometimento de muitos profissionais da linha de frente pela COVID-19. De qualquer forma, a redução de atendimentos na atenção básica é um problema importante no enfrentamento à pandemia, já que se trata de uma das principais estratégias de êxito na mitigação de efeitos da pandemia em diferentes países, principalmente naqueles com sistemas universais de saúde (Cruz *et al.*, 2021). Principalmente no Brasil, onde as medidas de enfrentamento da pandemia sofreram forte resistência do governo federal, que se omitiu na liderança das medidas preconizadas pelos organismos internacionais de cooperação técnica e embasadas na ciência.

MORTALIDADE POR COVID-19 NO MUNICÍPIO DE MANACAPURU

Entre os efeitos da pandemia de COVID-19 nos territórios, o mais visível é o aumento da mortalidade, sobretudo da mortalidade pela doença, que alterou a estrutura da mortalidade em diferentes territórios e demonstrou pontos de esgotamento dos sistemas locais de saúde.

A análise descritiva da estrutura de mortalidade da população, destacando o efeito da pandemia de COVID-19 no ano de 2020, é relevante para compreender esse efeito. Nas Tabelas 06 a 08 a seguir serão apresentados os dados de número de óbitos por grupos de causas da CID-10 recuperados a partir da base nacional do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) para o município de Manacapuru, para a Região de Saúde Rio Negro e Solimões e para o estado do Amazonas.

Até o ano de 2019, a estrutura da mortalidade nos três territórios foi muito similar, com coincidência dos três grupos de causas mais frequentes: doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias. No estado do Amazonas, a quarta maior frequência foi de óbitos por causas mal definidas, que aponta déficits relevantes na vigilância epidemiológica. Na Região de Saúde e no município, o quarto grupo mais frequente foram os óbitos por doenças respiratórias. O quinto lugar em termos de frequência de óbitos foi ocupado por doenças respiratórias no estado como um todo, por doenças nutricionais na Região de Saúde e por causas mal definidas no município. Em todos os territórios, a estrutura da mortalidade informa um estágio avançado na transição epidemiológica e fragilidades no funcionamento dos sistemas de saúde, sobretudo na vigilância em saúde e nas ações de promoção e proteção da saúde. Nos territórios em análise,

há visível iniquidade na distribuição de serviços entre os territórios e, ainda mais, quando comparados com os demais territórios brasileiros.

No ano de 2020, com o advento da pandemia de COVID-19, a estrutura da mortalidade alterou-se nos três territórios, com um crescimento muito agudo das doenças infecciosas, que assumiram a liderança. O segundo lugar em termos de frequência no ano de 2020 nos três territórios foram as doenças circulatórias. No estado do Amazonas, o terceiro lugar foram as causas mal definidas, sendo que na Região de Saúde e município foram as causas externas. No quarto lugar no ranking de frequência, o estado do Amazonas apresentou as causas externas, enquanto na Região de Saúde foram as neoplasias e no município as doenças respiratórias. No quinto lugar, apareceram as neoplasias no estado, as doenças respiratórias na Região de Saúde e as doenças endócrinas e nutricionais no município. O principal evento da mudança na estrutura da mortalidade, foi o crescimento do número de mortes e a ampliação das causas infecciosas. O aumento expressivo de mortes, o que é denominado de *“excesso de mortalidade”* ou *“excesso de mortes”*⁷, que é o percentual de crescimento de óbitos em 2020 em relação à média dos cinco anos anteriores. No estado do Amazonas, o excesso de mortes foi da ordem de 42,23%, na Região de Saúde foi de 45,33% e no município de Manacapuru foi da ordem de 50,90. Importante também registrar o crescimento do número absoluto de mortes por causas mal definidas, o que expressa provavelmente a disputa enunciativa que se verifica no cotidiano sobre a relevância da pandemia – mesmo com tamanhas evidências nos estudos acadêmicos e no cotidiano dos serviços – incluindo os profissionais de saúde que prescrevem medicamentos, que atestam as causas de internação e morte.

Os dados estão descritos nas Tabelas 7 a 9 e demonstram dois fenômenos: a) a alteração muito relevante e associada ao excesso de mortes por COVID-19, que tomou a liderança nos três territórios com taxas muito altas; e b) um efeito diverso nos três territórios nas demais causas mais frequentes de óbito, com prováveis explicações diferentes em cada um deles. A redução da participação de causas mal definidas, exceto no estado, aponta o efeito da uniformização das mortes por COVID-19, mesmo considerando o contexto de disputas enunciativas sobre a gravidade da pandemia, que interferiu na qualidade das respostas em alguns serviços e em relação a parte dos profissionais. Por outro lado, verifica-se um pequeno crescimento no número de óbitos por algumas causas crônicas, apontando descontinuidade na oferta de cuidado durante a pandemia e o agravamento das condições de vida de parte da população, com o aumento das mortes por doenças nutricionais e metabólicas e relacionadas ao parto.

7 - CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Painel de análise do excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil. Disponível em: <https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/>.

Tabela 7. Quantidade e proporção de óbitos em geral segundo as principais causas, Manacapuru/Amazonas, 2000 a 2020*.

Capítulo CID-10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%	2020*	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	18	17	14	33	19	19	21	14	19	27	201	5,25	205	32,96
II. Neoplasias (tumores)	33	49	54	63	70	74	63	56	65	39	566	14,78	57	9,16
III. Doenças sang. órgãos hemat. e transt. imunitár.	-	1	1	4	3	2	5	3	4	3	26	0,68	1	0,16
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	22	24	20	34	25	30	33	46	46	34	314	8,20	36	5,79
V. Transtornos mentais e comportamentais	4	1	1	6	4	3	2	1	3	1	26	0,68	4	0,64
VI. Doenças do sistema nervoso	4	2	3	7	6	5	3	10	7	7	54	1,41	10	1,61
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	0,03	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	70	87	82	65	100	108	95	119	86	76	888	23,19	92	14,79
X. Doenças do aparelho respiratório	31	25	33	45	27	59	42	28	42	56	388	10,13	51	8,20
XI. Doenças do aparelho digestivo	15	13	14	17	14	13	18	17	11	23	155	4,05	18	2,89
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	1	1	1	2	-	-	1	1	1	9	0,24	1	0,16
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	3	1	1	-	2	3	1	3	1	2	17	0,44	2	0,32
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	9	5	7	9	12	6	8	12	14	23	105	2,74	16	2,57
XV. Gravidez parto e puerpério	2	1	2	-	-	2	3	2	3	1	16	0,42	4	0,64
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	14	15	18	9	19	11	20	13	14	8	141	3,68	14	2,25
XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas	10	9	3	5	9	8	7	7	12	5	75	1,96	6	0,96
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat.	18	46	35	12	13	7	9	15	16	6	177	4,62	42	6,75
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	55	55	54	59	69	87	82	69	69	71	670	17,50	63	10,13
Total	309	352	344	369	394	437	412	416	413	383	3.829	100,00	622	100,00

Fonte: Ministério da Saúde/TABNET/SIM.

*Dados preliminares de 2020, acessados na base nacional em 20/09/2021.

Tabela 8. Quantidade e proporção de óbitos em geral segundo as principais causas, Região de Saúde Rio Negro e Solimões/Amazonas, 2000 a 2020*

Capítulo CID-10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%	2020*	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	41	38	31	67	49	55	63	51	51	61	507	5,49	459	
II. Neoplasias (tumores)	72	110	106	130	155	141	137	138	149	117	1.245	13,47	121	
III. Doenças sang. órgãos hemat. e transt. imunitár.	1	12	6	7	5	7	7	8	5	9	67	0,73	2	
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	39	53	49	63	43	73	71	79	89	74	633	6,85	82	
V. Transtornos mentais e comportamentais	10	3	4	11	7	8	5	6	4	2	60	0,65	9	
VI. Doenças do sistema nervoso	6	8	11	13	11	17	8	15	15	14	118	1,28	19	
VIII. Doenças do ouvido e anexos	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	0,02	-	
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	2	0,02	-	
IX. Doenças do aparelho circulatório	170	172	180	152	221	237	228	242	220	224	2.046	22,14	229	
X. Doenças do aparelho respiratório	67	66	67	88	69	118	101	95	108	128	907	9,81	103	
XI. Doenças do aparelho digestivo	35	33	40	37	29	47	38	49	42	57	407	4,40	40	
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	1	1	1	3	2	-	3	4	2	18	0,19	2	
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	3	2	2	-	3	5	2	8	7	3	35	0,38	6	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	18	10	14	17	23	16	19	24	29	39	209	2,26	31	
XV. Gravidez parto e puerpério	7	1	6	2	4	4	9	7	8	6	54	0,58	7	
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	40	50	38	31	44	36	47	43	35	40	404	4,37	42	
XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas	20	18	15	16	23	22	13	17	22	20	186	2,01	15	
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat.	109	103	116	72	52	44	43	74	69	58	740	8,01	122	
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	121	114	135	144	150	183	173	213	181	189	1.603	17,35	201	
Total	760	794	822	851	891	1.016	964	1.062	1.038	1.043	9.241	100,00	1.489	

Fonte: Ministério da Saúde/TABNET/SIM.

*Dados preliminares de 2020, acessados na base nacional em 20/09/2021.

Tabela 9. Quantidade e proporção de óbitos em geral segundo as principais causas, Amazonas, 2000 a 2020*.

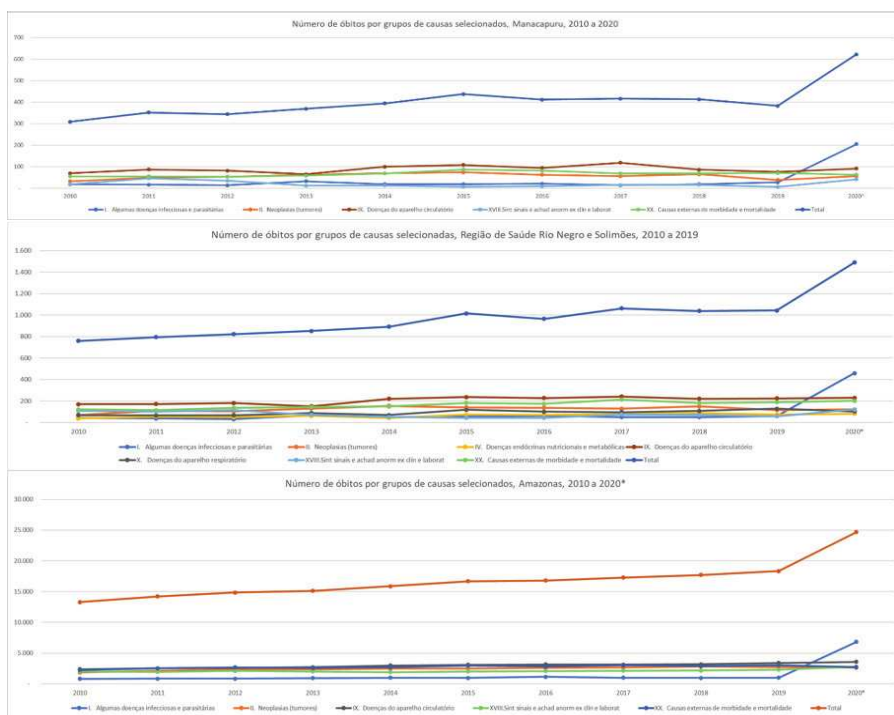
Capítulo CID-10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%	2020*	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	18	17	14	33	19	19	21	14	19	27	201	5,25	205	32,96
II. Neoplasias (tumores)	33	49	54	63	70	74	63	56	65	39	566	14,78	57	9,16
III. Doenças sang. órgãos hemat. e transt. imunitár.	-	1	1	4	3	2	5	3	4	3	26	0,68	1	0,16
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	22	24	20	34	25	30	33	46	46	34	314	8,20	36	5,79
V. Transtornos mentais e comportamentais	4	1	1	6	4	3	2	1	3	1	26	0,68	4	0,64
VI. Doenças do sistema nervoso	4	2	3	7	6	5	3	10	7	7	54	1,41	10	1,61
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	0,03	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	70	87	82	65	100	108	95	119	86	76	888	23,19	92	14,79
X. Doenças do aparelho respiratório	31	25	33	45	27	59	42	28	42	56	388	10,13	51	8,20
XI. Doenças do aparelho digestivo	15	13	14	17	14	13	18	17	11	23	155	4,05	18	2,89
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	1	1	1	2	-	-	1	1	1	9	0,24	1	0,16
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	3	1	1	-	2	3	1	3	1	2	17	0,44	2	0,32
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	9	5	7	9	12	6	8	12	14	23	105	2,74	16	2,57
XV. Gravidez parto e puerpério	2	1	2	-	-	2	3	2	3	1	16	0,42	4	0,64
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	14	15	18	9	19	11	20	13	14	8	141	3,68	14	2,25
XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas	10	9	3	5	9	8	7	7	12	5	75	1,96	6	0,96
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat.	18	46	35	12	13	7	9	15	16	6	177	4,62	42	6,75
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	55	55	54	59	69	87	82	69	69	71	670	17,50	63	10,13
Total	309	352	344	369	394	437	412	416	413	383	3.829	100,00	622	100,00

Fonte: Ministério da Saúde/Tabnet.

*Dados preliminares de 2020, acessados na base nacional em 20/09/2021.

O Gráfico 13 representa comportamento dos principais grupos de causas apresentados nas tabelas anteriores, demonstrando o comportamento dos principais grupos de causas de acordo com a 10ª Classificação Internacional de Doenças ao longo dos últimos dez anos. O crescimento agudo do total de óbitos e do grupo de causas infecciosas é visível no ano de 2020 em relação à tendência dos anos anteriores é visível no gráfico e atravessa os três territórios.

Gráfico 13. Representação da variação anual do número de óbitos pelos principais grupos de causas, Manacapuru, Região de Saúde Rio Negro e Solimões e estado do Amazonas, 2010 - 2020



Fonte: SIM/TABNET/DATASUS/Ministério da Saúde.
Dados do ano de 2020 preliminares, atualizados até agosto de 2021.

Na análise da mortalidade pelos meses, no ano de 2020 e comparação com os cinco anos anteriores, fica visível um pico de mortalidade nos meses de abril e maio nos três territórios, com redução nos meses subsequentes e um crescimento rápido no mês de dezembro, que sinaliza o colapso no sistema de saúde que foi acompanhado pelos veículos de mídia e nos debates da Comissão Parlamentar de Inquérito que investigou as iniciativas do governo federal no enfrentamento à pandemia.

MEDIDAS LOCAIS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA EM MANACAPURU

O site da Prefeitura Municipal de Manacapuru permite uma análise das respostas locais no enfrentamento à pandemia, embora com informações escassas. Sobretudo em relação à orientação internacional de disponibilizar informações sobre a pandemia, em tempo oportuno. Dois elementos chamam à atenção: um boletim informativo sobre os principais indicadores da pandemia, bastante fácil de compreender, conforme as orientações internacionais, e um “vacinômetro”, contabilizando as doses aplicadas. Ambas as estratégias de comunicação são preconizadas como medidas de enfrentamento à desinformação que sempre se associa a contextos de crise sanitária e, no caso brasileiro, uma estratégia de enfrentamento à desinformação que têm suporte em diferentes modalidades de comunicação, inclusive nas transmissões feitas pela presidência da república. Entretanto, ao que indica a página da prefeitura, há dificuldades de atualização dessas informações e não foi localizado nenhum dado de acesso, que permitiria analisar a abrangência e a efetividade de tais medidas.

Também na página da Prefeitura Municipal de Manacapuru, diversas notícias informam questões importantes da pandemia e medidas locais para a mitigação das consequências. Tais notícias têm conexão forte com os principais eventos da pandemia, sobretudo as ondas de contágio, adoecimento e morte, assim como a disponibilidade de vacinas, que se constituiu num evento relevante para o seu enfrentamento. As evidências obtidas nessa análise apontam iniciativas embasadas nas melhores orientações internacionais e da ciência, rapidamente adotadas no município.

Outra fonte relevante de informações sobre o desenvolvimento da pandemia no município de Manacapuru são os dados de acompanhamento no estado do Amazonas, calculados e divulgados pela Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM). Desde as primeiras iniciativas de enfrentamento à pandemia de COVID-19, são publicados boletins epidemiológicos para informar sobre a situação da crise sanitária e a distribuição dos casos pelos municípios. Os dados que compõem os boletins são um compilado de informações coletadas diariamente pelos sistemas e serviços de saúde dos municípios. Essa compilação fica a cargo da FVS-AM, que, por sua vez, faz uso dos sistemas de informação e-SUS Notifica, Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) e o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) para consolidar e validar os dados oficiais. É pela análise dos boletins que se torna possível, aos gestores de saúde e serviços de apoio à saúde, identificar a evolução ou regressão dos casos nos territórios.

Em Manacapuru, conforme os Boletins da Situação Epidemiológica de COVID-19 e da Síndrome Respiratória Aguda Grave no Amazonas divulgados na página oficial do Governo do Estado do Amazonas, os casos de COVID-19 foram

registrados logo após o registro do primeiro caso da doença no estado, isto é, em 13 de março/2020⁸. O primeiro perfil epidemiológico, publicado no final de março/2020 informava a confirmação de 80 casos de COVID-19 no estado, sendo 74 casos (92,5%) casos de residentes da capital Manaus. No interior, os municípios de Manacapuru e Parintins apresentaram 2 (2,5%) casos, respectivamente. O número tímido do início do mês cresceu e já ao final do mês de abril/ passou para 38 (8,2%), permanecendo o município com destaque quanto à frequência de casos e, com relação aos óbitos, o município já registrava 14 (8,2%)⁹. Nesse momento, o município ocupou o segundo lugar entre os municípios do Amazonas com mais casos da doença e óbitos no Amazonas. A notificação foi divulgada pelo Governo do Estado¹⁰ e registrada em reunião conduzida por técnicos da FVS-AM, Secretaria de Estado da Saúde (Susam), Polícia Militar do Amazonas (PMAM) e Departamento Nacional de Trânsito (Detran-AM) que monitoraram as ações de enfrentamento ao novo Coronavírus no município.

Até novembro de 2020, Manacapuru permaneceu como um dos municípios com o maior número de infectados, casos clínicos graves e óbitos com marca de 170 óbitos/100 mil hab¹¹. No estado do Amazonas, Manaus foi uma das primeiras cidades a registrar casos de COVID-19. Até o final de março/2020, a COVID-19 estava restrita a apenas 5 municípios. Mas, nas semanas seguintes, com a propagação descontrolada do fator de risco biológico, o novo Coronavírus, a doença se espalhou para outros municípios do estado, chegando a novembro de 2020 com quase todo o estado comprometido pela doença.

O município de Manacapuru foi um dos que mais registrou taxas de incidência da doença, com 647 casos/100 mil hab., ficando atrás apenas do município de Santo Antônio do Içá (954 casos/100 mil hab.). O período da Semana Epidemiológica (SE) 11 até a SE 19 é de aproximadamente dois meses. O último Boletim Epidemiológico publicado em novembro de 2020 revelou que Manacapuru foi o município do estado amazonense que registrou maior taxa de mortalidade (170 óbitos/100 mil hab.) seguido por Tefé (161 óbitos/100 mil hab.), além de ser, junto de Tabatinga (626/6.861), os municípios com maior número de casos graves (224/6.861).

8 - Boletim epidemiológico. 20/04/2020. Disponível em: https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Boletim_Situa%C3%A7%C3%A3o_Epidemiol%C3%B3gica_de_COVID-19_e_da_S%C3%ADndrome_Respirat%C3%B3ria_Aguda_g9E6Skz.pdf

9 - FVG-AM. Situação Epidemiológica de COVID-19 e da Síndrome Respiratória Aguda Grave no Estado do Amazonas, 20 de abril de 2020. Disponível em: https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/boletim_covid_05.pdf

10 - Notícia. FVS-AM monitora ações de enfrentamento da Covid-19 em Manacapuru. 16/04/2020. Disponível em: <http://www.amazonas.am.gov.br/2020/04/fvs-am-monitora-acoes-de-enfrentamento-da-covid-19-em-manacapuru/>

11 - Boletim epidemiológico. 17/11/2020. Disponível em: https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Boletim_15_f84a1qO.pdf

O boletim mais recente disponível, publicado em 24 de janeiro de 2022, aproximadamente dois anos após os registros de 2020, mostram que dos 495.528 casos confirmados no Amazonas até a data mencionada, 238.046 são de Manaus (48,04%) e 257.482 do interior do estado (51,96%). A capital, Manaus, tem 570 novos casos confirmados e, no interior, entre os 43 municípios que têm casos novos registrados, Manacapuru (268) é o terceiro com maior incidência¹².

Em uma matéria publicada no dia 2 de dezembro/2021, a prefeitura municipal informou a preocupação com um possível aumento do número de casos em decorrência do avanço dos casos de COVID-19 relacionados a variante Ômicron e decide suspender as festas de final de ano. A decisão foi tomada após uma reunião com a Secretaria Municipal de Saúde. As notícias da página eletrônica da Prefeitura Municipal de Manicoré registram diversos dispositivos criados no âmbito do município para manter os atendimentos, assegurar atendimentos a populações e grupos vulneráveis, ajusta as agendas das Unidades Básicas de Saúde e demais serviços às condições da evolução da pandemia, desenvolver ações intersetoriais, emitir normas e medidas de restrição de circulação, entre outros. Há notícias do funcionamento do Comitê Municipal de Enfrentamento à COVID-19, registros de decisões da administração municipal em sintonia e respeito à autoridade sanitária da secretaria municipal de saúde. Em abril de 2021, foi instalada na praça central do município um memorial em homenagem às vítimas da COVID-19, com mensagem que diz que *“Lembraremos sempre com muita saudade, afeto, amor e respeito daqueles que fizeram parte da nossa história, daqueles que irão fazer muita falta em cada lar e em cada família”*¹³.

Provavelmente, a ausência mais significativa foi do Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 e suas atualizações. Ao que está registrado nas notícias, o sistema municipal de saúde foi presente e ativo na pandemia, sendo que os indicadores desfavoráveis de desfecho parecem associados às formas de circulação e às condições de vida e de inserção no sistema produtivo das pessoas e coletividades que residem no território municipal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia tornou-se um dos principais eventos sanitários do século no planeta. Como evento sanitário, alterou significativamente os indicadores de saúde e de organização dos sistemas de saúde locorregionais em diferentes países. Mas a pande-

12 - Notícia. Covid-19: Panorama epidemiológico da Covid-19 no Amazonas é divulgado pela FVS-RCP, nesta segunda-feira. 24/01/2022. Disponível em: <http://www.amazonas.am.gov.br/2022/01/covid-19-panorama-epidemiologico-da-covid-19-no-amazonas-e-divulgado-pela-fvs-rcp-nesta-segunda-feira-2401/>

13 - Notícia. Memorial em homenagem às vítimas da Covid-19. Obra em homenagem às vítimas da Covid-19 foi feita em granito e está fixada na Praça da Igreja Matriz. 02/04/2021. Disponível em: <https://www.manacapuru.am.gov.br/memorial-vitimas-covid.php>

mia também explicitou uma crise de civilidade que já acompanhava as sociedades e, particularmente, aquelas com democracias mais frágeis. O Brasil provavelmente seja o país com maior visibilidade no cenário internacional de enormes dificuldades de enfrentamento à pandemia por déficits na condução governamental.

Na forte disputa enunciativa sobre a gravidade da doença, sobre as formas de enfrentamento e sobre a ação das políticas públicas, o governo federal optou pela negação da gravidade da doença e de suas consequências sobre a vida e a saúde, pela falsa dicotomia entre o funcionamento da economia e iniciativas mais decisivas de isolamento físico e proteção coletiva, pelo marketing de procedimentos, medicamentos e insumos comprovadamente ineficazes e pela disputa com instituições e com os governos estaduais e municipais. Desocupou-se da função de coordenar e orquestrar as respostas de enfrentamento à pandemia e o país figura entre aqueles em que a pandemia produziu consequências sanitárias e sociais mais expressivas. As catastróficas consequências compõem um plano de atravessamento das análises que se faz aqui das respostas no município de Manacapuru.

O município tem indicadores de um sistema de saúde estruturado, diferenciado inclusive da realidade amazônica, com bons indicadores de estrutura, de processo e de resultados, como ficou evidenciado com a mortalidade infantil, que é provavelmente o indicador mais sensível da ação dos determinantes e condicionantes da saúde, principalmente em relação ao acesso e qualidade das ações e serviços de saúde.

Mas no enfrentamento à pandemia, os esforços locais não foram suficientes para evitar o colapso do sistema de saúde e a rápida deterioração dos indicadores próprios da mitigação dos efeitos da COVID-19 sobre a saúde das pessoas e das coletividades. O acesso a insumos e as orientações relativas à circulação nos territórios, assim como o efeito paradoxal das localidades com dificuldade de acesso, em que essa é inicialmente uma condição favorável para postergar a chegada da doença, mas uma condição desfavorável para conter os efeitos da sua chegada, são visíveis nos indicadores analisados.

Mais do que pretender uma análise definitiva desse cenário, que é movedição em todo mundo, com oscilações rápidas de novas cepas, do efeito das vacinas e do esgotamento dos sistemas de saúde, a contribuição do manuscrito é de ter realizado uma pesquisa documental e de fontes informacionais de acesso aberto, como os sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) e documentos públicos disponíveis na internet, que permitiram ampliar significativamente a compreensão sobre o enfrentamento à pandemia. Na medida em que foi sendo realizado, o estudo se ressentiu da desativação de variáveis de estudo nos sistemas de informação nacional, como a ausência repentina da possibilidade de utilizar o CID-10 no estudo da morbidade hospitalar, que teria tornado possível mais uma apro-

ximação analítica com o “caso” Manacapuru da pesquisa inicialmente nominada.

De toda forma, as contribuições e limites do estudo devem ser considerados no conjunto dos estudos que compõe este livro, uma vez que também buscou contribuir com a dimensão “*criatividade do pesquisador*”, que no caso se trata de uma exuberante rede de produção de conhecimentos, para o desenho de metodologias de análise das condições locais nos municípios amazônicos no enfrentamento à pandemia. Como na categoria analítica “*território líquido*”, formulada no âmbito do Laboratório de História e Políticas Públicas na Amazônia (LAHPSA/ILMD/FIOCRUZ), há movimento nos contextos locais, que reivindica constructos de pesquisa mais flexíveis, capazes de processar variáveis multideterminadas e complexas, que se expressam localmente. Também a essa contribuição pretendemos visibilidade e diálogo.

No caso de Manacapuru, a imagem metafórica da flor matizada que está na origem indígena do nome parece ser mais precisa para descrever o contexto da pandemia do que a denominação autointitulada de “*princesinha do Solimões*”. Os indicadores apontam que não houve espera e não houve passividade na resposta, senão que o mais importante foi a escassez da capacidade de gestão derivada do pacto federativo: como flor na floresta, faltaram pares para o enfrentamento à pandemia e as respostas possíveis foram de diferentes matizes. O que nos faz comemorar a condição descentralizada do SUS. Se o protagonismo maior tivesse sido da gestão federal, os indicadores não seriam melhores. A reflexão densa sobre as respostas, como ação de educação permanente em saúde, por certo elevará o platô das respostas às próximas emergências sanitárias, que sempre vêm, e o SUS, enfraquecido ou fortalecido, é a política pública que sempre chega primeiro para cuidar da saúde e da vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

Alves-Mazzotti, A. J. (2006). Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa** [online]. 36(129), 637-651. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0100-15742006000300007>.

Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde** [online]. 6(3), 443-456. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso.

Cecílio, L. C. O., Carapinheiro, G., Andreazza, R., Souza, A. L. M., Andrade, M. G. G., Santiago, S. M., Meneses, C. S., Reis, D. O., Araújo, E. C., Pinto, N. R. S. & Spedo, S. M. (2014). O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad. Saúde Pública** (Rio de Janeiro), 30(7), 1502-1514. Recuperado de <https://>

www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1502.pdf.

Cruz, J. A., Marín, F. J. M., Vargas, T. R., Quiroz, S. V., Santos, M. L. M., Ferla, A. A. (2021). **Análisis comparativo de las respuestas a COVID-19 en la escena internacional: pruebas de la ciencia**. In: Martins, A. B., Pilotto, L. M., Bitencourt, R. R., Guarnieri, J. M., Ferla, A. A. (Orgs.). A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano. São Leopoldo: Oikos, Recuperado de <https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wp-content/uploads/2021/06/A-pandemia-e-a-sau%CC%81de-coletiva.pdf>

Ferla, A. A. (2021). Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educ. Saúde**, 5(2), 81-94. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/119022>.

Ferla, A. A., Trepte, R. F., Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S. & Martino, A. (2016). Os (des)encontros da pesquisa no tempo-espaço amazônico: um ensaio sobre produção de conhecimento como abertura à aprendizagem. **Saúde em Redes**, 2(3), 241-261. Recuperado de <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/773>

Ianni, A. M. Z.; Monteiro, P. H. N., Alves, O. S. F., Morais, M. L. S. & Barboza, R. (2012). Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** (Rio de Janeiro), 28(5), 925-934. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2012.v28n5/925-934/pt>.

IBGE. IBGE Cidades. **Manacapuru/AM**. Acesso em 16/01/2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manacapuru/panorama>

Meneses, C. S., & Spedo, S. M. (2017). O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 22(6), 2013-2024. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016>.

Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., Cruz Neto, O., Gomes, R. (Orgs.). (1994). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes.

PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Manacapuru/AM**. Acesso em 16/01/2022. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/130250>

Trepte, R. F., Ferla, A. A. (2017). O fazer e aprender pesquisa numa perspectiva menor: narratividade no processo de produção de conhecimento em saúde. **Revista de Psicologia da UNESP**, 16(1), 41-59.



Situação de saúde e ações de enfrentamento à COVID-19 na Manaus dos trópicos

*Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Adriana Lopes Elias
Gabriela Duan Farias Costa
Naila Mirian Las-Casas Feichas
Jesse Moraes de Oliveira
Júlio César Schweickardt*

INTRODUÇÃO



No final de 2019, na cidade de Wuhan na China, foram noticiados vários casos de uma pneumonia viral causada por uma cepa que, até então, não havia sido identificada em humanos. Após uma semana da primeira notificação, as autoridades chinesas confirmam tratar-se de um novo tipo de Coronavírus que, em fevereiro de 2020, passa a ser chamado de SARS-COV-2. Este novo vírus provocara a doença, popularmente conhecida como COVID-19, que rapidamente ganhou o nível mais alto de alerta da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo considerada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII, em janeiro de 2020, havendo a necessidade da tomada de decisão para medidas de segurança, com a finalidade de evitar ou reduzir sua propagação mundial.

No Brasil, o primeiro caso relatado ocorreu em fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo (Brasil, 2020), um homem proveniente da Itália foi o portador do vírus (UNASUS, 2020). No Amazonas, a Secretaria de Saúde confirmou o primeiro caso em março do mesmo ano, na capital Manaus, e enfatizou a importância de adequação nas medidas de monitoramento dos casos atendidos da rede de saúde do Estado (SES-AM, 2020).

No Amazonas, considerando a confirmação do primeiro caso por Coronavírus em 13 de março de 2020 e a necessidade de adoção de medidas para evitar a circulação do vírus, nos termos do decreto nº 42.061, de 16 de março de 2020, foi

declarado situação de emergência na saúde pública, em razão da disseminação da COVID-19, sendo instituído o Comitê Intersetorial de Enfrentamento e Combate a COVID-19 (Amazonas, 2020). Foi atualizado o Plano de Contingência Estadual, seguindo as normativas do Ministério da Saúde. O Decreto nº 42.100 de 23 de março de 2020 declarou estado de calamidade pública pelo novo COVID-19, sendo complementado pelo Decreto nº 42.101 que, na mesma data, determinou o fechamento de setores do comércio por 15 (quinze) dias, para atividades não essenciais e setores de serviços, como medida para evitar a circulação do vírus COVID-19 (Amazonas, 2020).

A disseminação da COVID-19 em Manaus exigiu a adoção de medidas rápidas pelo poder público. Os Decretos Municipais nº 4.776,13 de março de 2020 e nº 4.806, de 14 de abril de 2020 dispuseram uma série de medidas de prevenção ao contágio tanto no âmbito dos órgãos e das entidades de Administração Pública quanto no contato com outras pessoas; deslocamentos em vias públicas; uso de qualquer meio de transporte compartilhado e compras de gêneros de primeira necessidade ou medicamentos, recomendado como meio de prevenção ao novo Coronavírus (Manaus, 2020).

Neste texto, nos propomos a discorrer sobre as ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19, desenvolvidas no município de Manaus, como parte da pesquisa *“Prevenção e Controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em território de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”*. Utilizamos como referência os documentos como o Plano Estadual de Saúde Amazonas (2020-2023) (PES), Plano Municipal de Saúde de Manaus (2018-2021), Plano de Contingência à COVID-19, Portarias e outros documentos que tratam do enfrentamento da pandemia.

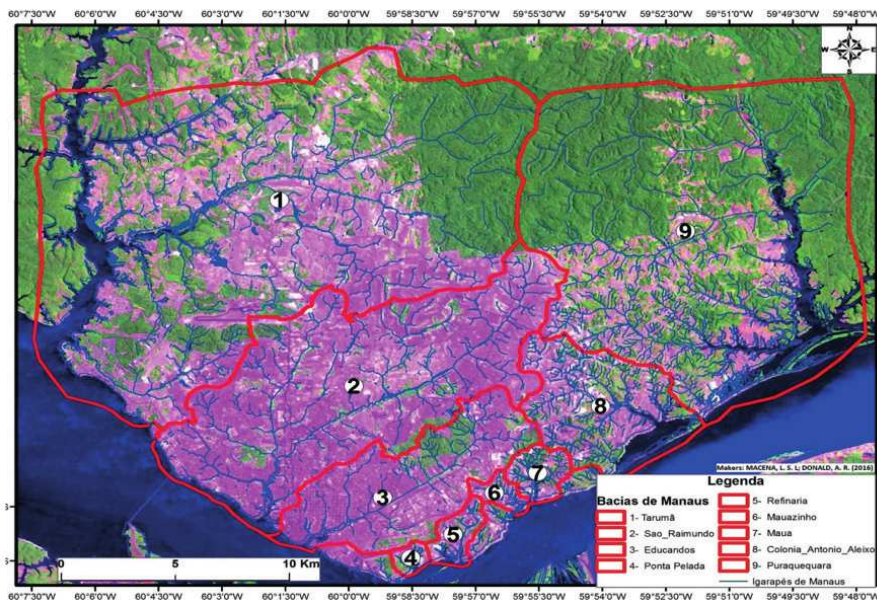
MANAUS, A “PARIS DOS TRÓPICOS”?

O Estado do Amazonas está situado na região Norte do Brasil e, segundo estimativas do IBGE para 2021, a população é de 4.269.995 habitantes e a sua densidade populacional é de 2,23 habitantes/Km². Aproximadamente, metade da população vive em sua capital, Manaus (2.255.903 pessoas) e se configura como o estado com maior população indígena do Brasil, cerca 168,7 mil indígenas (IBGE, 2010; IBGE, 2021). O Amazonas possui sessenta e dois municípios.

Manaus está localizada na margem esquerda do Rio Negro. Seus limites são: Rio Preto da Eva, Itacoatiara, Careiro da Várzea, Iranduba, Novo Airão e Presidente Figueiredo (Câmara Municipal de Manaus, 1990). A hidrografia do município

(figura 1) é caracterizada por seis principais bacias urbanizadas: São Raimundo, Educandos, Colônia Antônio Aleixo, Tarumã, Puraquequara e Mauzinho. Possui ainda as bacias menores, como a da Refinaria, Ponta Pelada e Mauá (Lemos, 2016).

Figura 21. Bacias hidrográficas urbanizadas de Manaus.



Fonte: Lemos (2016).

A riquíssima herança arquitetônica e cultural em Manaus, deixada pelo ciclo da Borracha que teve seu ápice entre 1879 e 1912, a fez conhecida como a Paris dos Trópicos, uma vez que os filhos dos barões da borracha eram enviados à França para suas formações e traziam consigo hábitos parisienses, fortemente reproduzidos pela alta sociedade manauense (Mesquita, 2006).

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita do município em 2018 era de R\$ 36.445,75, considerado o sexto maior do país e seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)¹⁴ em 2010 era de 0,737. Entretanto, diferente da época de riqueza da Paris dos Trópicos, o Atlas ODS Amazonas (2019) indica que ainda

14 - O Índice de Desenvolvimento Humano abrange três dimensões para análise: longevidade, que corresponde a vida longa e saudável; a educação como o acesso ao conhecimento e a renda, que diz respeito ao comando sobre os recursos de forma a garantir um padrão de vida digno. Cf. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS, INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA & FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (2013). Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. Brasília: PNUD, IPEA, FJP.

havia 129 mil pessoas em situação de extrema pobreza no ano de 2010, com indicador de 7,0%, o que revela fortes traços de desigualdade de renda na população, uma vez que o ideal é o indicador não ultrapassar 3% da população total.

Em relação ao trabalho e ao rendimento, no ano de 2019, o salário médio mensal era de 3,1 salários-mínimos. A proporção de pessoas com alguma ocupação em relação à população total era de 23,7%. Ao considerarmos os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, Manaus possuía 37,9% da população nessas condições, o que o colocava na posição 3021 de 5570 dentre as cidades do Brasil. (IBGE, 2010b, 2019).

Na educação, o município de Manaus apresenta taxas de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 94,2%. O IDEB dos anos iniciais do ensino fundamental da rede pública apresenta índice de 6,0 e o IDEB dos anos finais do ensino fundamental da rede pública apresenta índice de 4,9 (IBGE, 2019). Pessoas de 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever apontam uma taxa de 3,8% do total em comparação aos demais municípios do estado. Essas taxas variam se verificarmos o quesito cor e raça, demonstrando que pretos e indígenas possuem maiores percentuais de pessoas que não sabem ler e escrever, conforme a tabela a seguir:

Tabela 9. Pessoas de 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever segundo cor e raça, total e taxa respectivamente.

	Manaus		Amazonas	
	Total (N)	Taxa (%)	Total (N)	Taxa (%)
Branca	9.511	2,8	30.935	6,2
Preta	3.876	6,4	15.897	14,6
Parda	34.793	4,0	148.818	9,3
Amarela	492	3,1	1.658	7,1
Indígena	279	9,0	32.029	33,6
	48.951	3,8	229.337	9,9

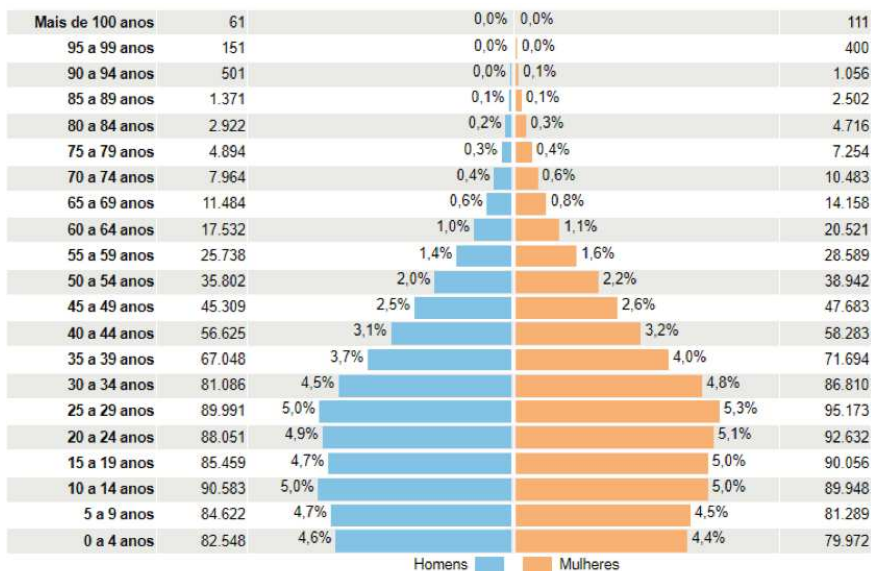
Fonte: IBGE, Censo demográfico (2010a).

A cidade possui clima equatorial úmido e regularidade térmica anual, com estações definidas. O período de junho a outubro é menos chuvoso e com temperaturas mais elevadas, sendo agosto o mês de menor pluviosidade e o período entre os meses de novembro a abril é marcado pelas chuvas (Mendonça; Danni-Oliveira, 2007).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Manaus possui área territorial de 11.401,092 km², densidade demográfica de 158,06 hab/km² (IBGE, 2010a) e população estimada em 2.255.903 pessoas para o ano de 2021. Em 2010, a população em sua maioria era parda (67,83%) e as mulheres

representam 51,18% no compartilhamento da responsabilidade pelo domicílio. Além disso, a população manauara é predominantemente jovem, com índices de 5,0% e 5,3% na faixa etária de 25 a 29 anos, de homens e mulheres, respectivamente. (IBGE 2010a, 2010b). A Figura 22 demonstra a distribuição populacional por sexo e grupo etário, segundo o censo realizado pelo órgão.

Figura 22. Distribuição populacional por sexo e grupo etário de Manaus, 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico (2010c).

Ainda segundo o IBGE (2010b), embora Manaus esteja na categoria de metrópole, o esgotamento sanitário adequado¹⁵ é de apenas 62,4%. Os domicílios urbanos em vias públicas com arborização correspondem a 23,9% e a taxa de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada é de 23,6%. Quando comparada a outras cidades do Brasil, Manaus está na posição 1735, 5015 e 1441 dentre 5570 cidades, respectivamente.

O município é dividido em seis regiões ou zonas administrativas, a saber: centro-oeste, centro-sul, leste, norte, oeste e sul. Embora a zona leste do município seja a mais extensa, a estimativa IBGE de 2021 mostra que a zona norte é a mais

15 - O esgotamento sanitário adequado consiste na coleta de esgotos, seguida de tratamento e no uso de fossa séptica. Cf. IBGE (2020b)

populosa. Tal divisão se assemelha na organização dos serviços de saúde por meio dos distritos de saúde, os quais veremos adiante.

MANAUS, ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Os municípios do Amazonas foram organizados em nove Regiões de Saúde, considerado as diferentes formas de acesso e as similaridades dos municípios (Resolução nº 059, de 20 de junho de 2011- CIB/AM), são elas: 1) Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, 2) Alto Solimões, 3) Baixo Amazonas, 4) Médio Solimões, 5) Rio Juruá, 6) Rio Madeira, 7) Rio Negro e Solimões, 8) Rio Purus e 9) Triângulo. A região de saúde Manaus e entorno é a maior em número de municípios (12) e população, visto que concentra a capital do estado.

No Amazonas, há três Unidades básicas de saúde de gestão estadual e 473 de gestão municipal, 131 postos de saúde de gestão municipal e 157 unidades de saúde indígena de gestão municipal, segundo o Plano Estadual de Saúde (2020). Em Manaus, há três Centros de Atenção Integral à Criança (CAIC) e três Centros de Atenção à Melhor Idade (CAIMI) e 239 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentre elas duas Unidade Móvel Fluvial e onze postos de saúde no distrito rural. Segundo o Plano Municipal de Saúde de Manaus (2018) há 225 Equipes de Saúde da Família implantadas e cobertura populacional de atenção básica de 43,95%. No Amazonas esta cobertura era de 70,1% (PES, 2020). É importante destacar que em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica foi reformulada e, apesar de manter a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária na organização da AB, algumas mudanças importantes foram implementadas acarretaram fragilização das ações, tais como flexibilização do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe e o aumento de suas atribuições (Melo, 2018).

O atual cenário das doenças e agravos na capital do Amazonas, analisado sob a ótica das principais morbidades, em especial as endêmicas, observa-se que ainda persistem desde o início do século XX, quando o médico Sanitarista Alfredo da Matta, quando relatou em sua obra, *“Geografia e Topografia Médica de Manaus”* (1916), que eram diversos os problemas de saúde, sendo: febre amarela, peste, varíola, sarampo, escarlatina, coqueluche, difteria, gripe, febre tifóide, disenteria, beribéri, lepra, paludismo, tuberculose e cancro e outros tumores malignos. A malária e a febre amarela, segundo Schweickardt (2011), foram o foco de diversas comissões no final do século XIX e início do século XX devido ao comércio e também para se afastar do estigma de uma cidade palustre e considerada o túmulo dos estrangeiros. A tuberculose, hanseníase e as verminoses foram objeto de ação do estado a partir da década de 1920 com o Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas, que pela primeira vez estruturou um serviço para o interior do estado.

Nesse momento, início de 2022, podemos refletir sobre as questões sanitárias de Manaus, especialmente quando se vivencia a maior crise sanitária humanitária mundial, a Pandemia da COVID-19, que as principais doenças de preocupação da Saúde Pública de Manaus do início do século passado ainda se perpetuam, especialmente as doenças infecciosas transmissíveis. Além dessas, temos as doenças cardiovasculares, neoplasias as causas externas como os acidentes e violências que geram altas taxas de incidência e levando pessoas a óbitos em pleno século XXI. Assim, o novo Coronavírus agravou ainda mais as condições de vida das populações amazônicas, também presentes na cidade de Manaus.

Na análise dos dados de morbidade de Manaus, dos últimos 3 anos, a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) cresceu consideravelmente nos anos de 2019 a 2020, uma variação de 850%. Esse aumento ocorreu principalmente devido a pandemia ocasionada pelo Sars-Cov-2 (novo Coronavírus) que também é considerada uma SRAG.

Nos casos das doenças transmitidas por vetores, houve maior número de registros de Malária, seguido da Dengue, Doença aguda pelo vírus Zika e Febre de Chikungunya, sendo estas três últimas transmitidas por mosquitos do gênero *Aedes*, que são vetores adaptados ao ambiente urbano. Também representam um grave problema para saúde pública a Leishmaniose Tegumentar e a Febre Amarela. Todas essas doenças apresentam estreita relação com componentes ambientais, sociais e econômicos.

Em 2018, Manaus foi duramente acometida pelo Sarampo, uma doença imunoprevenível, ou seja, que doença prevenível por vacina, teve um dos maiores surtos das Américas. O pico da epidemia ocorreu no mês de julho/2018, onde a cidade de Manaus foi responsável por 78,7% dos registros de casos confirmados no estado do Amazonas (7.149 casos). As diversas ações realizadas para o enfrentamento do surto tiveram impacto na redução do número de casos nos anos subsequentes.

As doenças/agravos que apresentaram aumento do número de casos na comparação de 2020 com 2019 foram: SRAG (850,2%), Leishmaniose Tegumentar Americana (34,3%), Acidentes por animais peçonhentos (9,4%). Dentre as doenças/agravos que apresentaram redução no número de casos na comparação 2020 e 2019, destacam-se: Malária (18,8%), Coqueluche (69,2%), Febre de Chikungunya (47,1%), Hepatites (45,2%) e Hanseníase (43,1%). No período de 2018 a 2020, não foram notificados casos de Tétano neonatal e Raiva humana em residentes de Manaus (Tabela 2).

Quando falamos de doenças negligenciáveis, temos o triste cenário da Tuberculose no Amazonas, considerado o Estado brasileiro com a maior taxa de incidência de tuberculose e 70% dos casos se concentram na capital Manaus. Nos anos de 2018 a 2020 foram notificados 8.555 casos de tuberculose. Manaus mantém esta-

bilidade no número de casos de tuberculose registrados, com oscilações entre 140 a 170 casos novos por mês. Destaca-se que em 2020 houve menor número de notificações de casos de tuberculose pulmonar, principalmente em abril e maio, que foram os meses de pico de casos da COVID-19. A situação da Tuberculose em Manaus tem a tendência de se agravar, pois os serviços de saúde voltaram seus esforços para o atendimento da COVID-19 em detrimento as demais demandas de saúde. Esse cenário levou um maior aumento na taxa de abandono do tratamento, trazendo dificuldades ao processo de cura e aumentando o tempo e o custo do tratamento.

Tabela 10. Casos de doenças/agravos no município de Manaus, Amazonas, 2018 a 2020.

Doença/Agravo		2018	2019	2020
Síndrome Respiratória Aguda Grave	Casos	233	1.610	15.298
	Variação		596,0%	850,2%
Malária	Casos	8.321	6.501	5.277
	Variação		-21,9%	-18,8%
Dengue	Casos	2.445	2.175	2.236
	Variação		-11,0%	2,8%
Tuberculose	Casos	2.341	2.395	2.076
	Variação		2,3%	-13,3%
Aids	Casos	462	657	581
	Variação		42,2%	-11,6%
Leishmaniose Tegumentar Americana	Casos	483	385	517
	Variação		-20,3%	34,3%
Hepatites	Casos	640	568	311
	Variação		-11,3%	-45,2%
Acid. por animais peçonhentos	Casos	71	106	116
	Variação		49,3%	9,4%
Febre pelo vírus Zika	Casos	411	107	94
	Variação		-74,0%	-12,1%
Meningites	Casos	108	119	75
	Variação		10,2%	-37,0%
Febre de Chikungunya	Casos	150	140	74
	Variação		-6,7%	-47,1%
Hanseníase	Casos	116	123	70
	Variação		6,0%	-43,1%

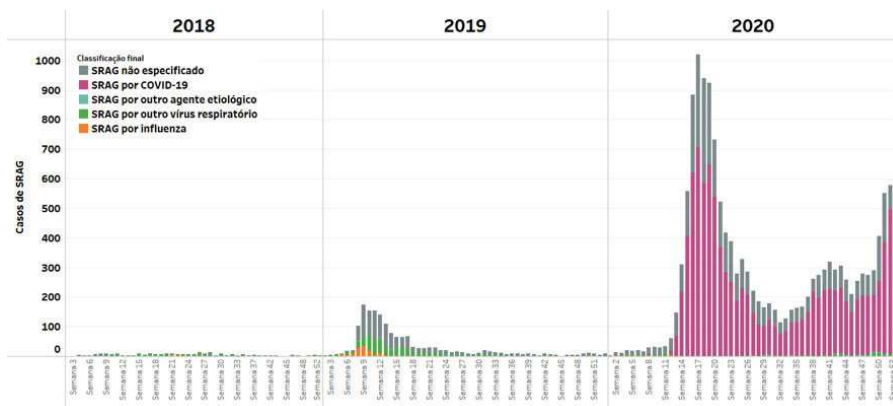
Leptospirose	Casos	30	19	15
	Variação		-36,7%	-21,1%
Sarampo	Casos	7.149	4	7
	Variação		-99,9%	75,0%
Doença meningocócica	Casos	6	6	5
	Variação		0,0%	-16,7%
Coqueluche	Casos	13	13	4
	Variação		0,0%	-69,2%
Tétano Acidental	Casos	1	2	2
	Variação		100,0%	0,0%
Febre Amarela	Casos	0	0	1
	Variação			
Doença de Chagas	Casos	3	0	1
	Variação		-100,0%	
Febre Tifóide	Casos	3	2	0
	Variação		-33,3%	-100,0%

Fonte: SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Malária/ SIVEP-Gripe/ FVS-RCP-AM, outubro/2021.
Dados sujeitos à revisão

Em relação ao cenário de mortalidade, as causas externas, ou seja óbitos ocasionados por violência e acidentes, bem como as Neoplasia seguiam tendência de crescimento no período pré-pandêmico, contudo a partir do comportamento e das medidas restritivas impostas pela Pandemia, o ano de 2020 apresentou uma redução considerada no número de óbitos por causas externas, saindo de 1.762 em 2018 passando para 1.542 óbitos por causas externas em 2020; os óbitos por neoplasias passaram de 1.982 em 2018 para 1.899 em 2020. Os óbitos associados as doenças do aparelho circulatório, no primeiro ano da Pandemia (2020), registraram o aumento de 18,9% em relação ao ano de 2018, sendo o Infarto Agudo do Miocárdio a maior causa entre as doenças circulatórias.

Outro importante agravamento que merece destaque devido o cenário da Pandemia, especialmente o período mais chuvoso, é o aumento do número de casos da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), causada por vírus respiratórios. Entre 2018 a 2020, foram notificados 17.097 casos que atendem a definição de SRAG em Manaus. O que mais chama atenção é o número de óbitos que foram evoluindo nesse período, saindo de 15 em 2018, confirmando outros 44 óbitos em 2019 e passando para 5.366 em 2020, sendo 98% (10.478/10.673) dos casos de SRAG por COVID-19.

Figura 23. Distribuição de casos notificados de SRAG por semana epidemiológica, Manaus, 2018 a 2020



Fonte: Sivep-Gripe/ASTEC-SASS/FVS-RCP-AM. Dados sujeitos à revisão

Em Manaus, no ano de 2019, houve um aumento de 596% do número de casos de SRAG, quando comparado com 2018, por aumento de casos por influenza, outro vírus respiratório e não especificado. Em 2020 houve um aumento de 850%, quando comparado com o ano anterior, principalmente pelo aumento do número de casos por COVID-19, que detém 68% (10.478/15.259) dos casos deste ano (Figura 23).

A PANDEMIA DE COVID-19: AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA DE MANAUS

A governança pública, segundo o Decreto 9.203 de 27 de novembro de 2017, se refere ao conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle que são postos em prática para direcionar a gestão na condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.

No setor saúde, a governança pública busca a gestão de risco e fortalecimento da segurança orientada para a redução das vulnerabilidades, o fortalecimento das capacidades de respostas relacionadas as emergências e desastres (Cepedes, 2020).

Isto posto, após a confirmação do primeiro caso de COVID-19 em Manaus, o município instituiu o Comitê de Enfrentamento, responsável por gerenciar os riscos advindos com a pandemia e, ainda, recomendar outras medidas necessárias como: o distanciamento social, a higienização individual e coletiva e etiqueta respiratória.

O setor saúde, por sua vez, elaborou vários documentos, dentre os quais destacamos o “*Plano de Contingência Municipal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19)*”, sobre o qual nos debruçaremos a seguir. É importante destacar que didaticamente nossa análise será feita por área, muito embora saibamos que estas áreas são intrinsicamente ligadas e não possam realizar suas atividades separadamente, se buscamos uma boa governança, com impacto positivo na saúde da população e na gestão de riscos.

Farias *et al* (2020) consideram que para o enfrentamento da COVID-19 é necessário garantir o bom funcionamento da APS, principalmente pela valorização da ESF, para tanto, é importante que seja favorecido condições dignas de trabalho e de assistência. Em relação a assistência à saúde, a SEMSA Manaus desenvolveu as seguintes ações:

Quadro 2. Ações da assistência à saúde na atenção básica para enfrentamento à COVID-19 em Manaus.

Nº	Ação
1	Redimensionar o atendimento à demanda espontânea e agendada, considerando a necessidade no momento de pandemia, com possível aumento do volume de atendimentos a casos agudos e, se possível, sem prejuízos aos atendimentos eletivos à população prioritária da APS, tais como: gestantes, crianças e pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.
2	Garantir que pacientes com síndrome gripal e sintomas respiratórios sejam atendidos por demanda espontânea na APS com classificação de risco.
3	Estabelecer e implementar protocolos e fluxos de manejo de casos, de forma ordenada e articulada com os demais pontos de atenção, em especial, a Rede de Urgência e Emergência.
4	Implementar ações de busca ativa, identificação oportuna e monitoramento de SG, suspeitos ou confirmados de COVID-19 e seus contatos, além de grupos vulneráveis, tais como: gestantes, crianças, pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, idosos, acamados, entre outros.
5	Desenvolver ações de Promoção da Saúde
6	Organização da Gestão
7	Estabelecer meios de comunicação com a população (rádio, TV e outras mídias sociais), a fim de mantê-la informada sobre a situação epidemiológica local e os serviços de saúde disponíveis no território, adequados a cada caso.

Fonte: Plano de Contingência, SEMSA-Manaus, 2021.

Medina *et al* (2020) sugerem quatro eixos para as ações da APS frente à COVID-19: vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com COVID-19; suporte social a grupos vulneráveis; continuidade das ações próprias da APS. Dentre os eixos, encontram-se as ações como o incentivo à quarentena, notificação, detecção, mobilização, divulgação de informações no território e outras.

Daumas *et al* (2020) concluem que uma APS forte, embora não tenha capacidade suficiente para atuar nos casos graves, se organizada e com recursos humanos suficientes, pode contribuir na diminuição da incidência da infecção da população do seu território. Para os autores, fazem parte das ações da APS: acompanhar os casos

leves em isolamento domiciliar, apoiar as comunidades durante o distanciamento social, identificar e conduzir situações de vulnerabilidade individual ou coletiva e, principalmente, garantir o acesso a cuidados de saúde e o necessário encaminhamento nas fases mais críticas da epidemia.

À APS também cabe a administração, intervenção e apoio a problemas que surgem causados pelo isolamento social longo e problemas sociais e econômicos como a violência doméstica, transtornos mentais e alcoolismo, além de seguir o trabalho, cuidado e assistências as pessoas como era feito no cotidiano antes da pandemia de COVID-19 (Sarti *et al*, 2020).

No contexto da APS, uma ferramenta utilizada para o enfrentamento da COVID-19 foi o teleatendimento ou telessaúde. Para Sarti *et al* (2020) essa tecnologia aumenta a capacidade de atendimento do sistema de saúde e contribui para o acesso a orientações qualificadas, apoia a organização do fluxo das pessoas no sistema e ajuda a diminuir a sobrecarga da APS.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) redefiniu fluxos, redistribuiu os profissionais, instituiu serviços online de orientação à população (teleconsulta, chat saúde), definiu unidades de referência para atendimento às síndromes respiratórias com ampliação do horário de funcionamento. Vejamos outras ações:

Quadro 3. Ações da assistência especializada à saúde para enfrentamento à COVID-19 em Manaus.

Nº	Ação
1	Direcionar a demanda dos Laboratórios Distritais conforme cenário
2	Realizar Exames de Imagem por meio de agenda
3	Implementar as ações de coleta de RT-PCR
4	Implantação do Serviço de Fisioterapia Respiratória para pacientes pósCOVID-19 em 4 Unidades
5	Implantação da Fisioterapia Respiratória em Unidades Básicas de Saúde Preferenciais para atendimento de COVID-19
6	Serviço de Apoio Psicológico On-line
7	Reorganização dos Centros de Atenção Psicossocial
8	Definir unidades de referência para a dispensação de medições específicas ao tratamento de Síndromes Gripais - SG e COVID-19
9	Reorganizar os processos de trabalho nas farmácias e dispensação de medicamentos no âmbito da Unidade de Saúde e o uso racional de medicamentos em situação da epidemia de Covid19;
10	Monitorar estoques estratégicos de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes nas Unidades de Saúde preferenciais para o atendimento do COVID-19; por meio dos sistemas informatizados de dispensação implantados
11	Garantir Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e orientar sobre higiene das mãos.
12	Garantia de informações sobre higienização, uso e descarte de materiais disponíveis e profissionais treinados

13	Reordenamento de fluxos internos para manutenção da segurança dos pacientes e profissionais, com o redimensionamento de pessoal técnico, e controle de circulação e permanência de pessoas para evitar aglomerações.
14	Adequar os leitos clínicos para o atendimento de mulheres e recém-nascidos, suspeitos ou confirmados pelo novo Coronavírus

Fonte: Plano de Contingência, SEMSA-Manaus, 2021.

Para que o sistema de saúde desempenhe suas funções no enfrentamento à pandemia de COVID-19, é necessário mais do que aumentar leitos hospitalares e expandir as unidades de terapia intensiva, é necessário também que haja um reordenamento dos fluxos dos diferentes níveis de atenção (Daumas et al, 2020).

No que tange à Educação Permanente em Saúde, a ação priorizada pelo município foi a de qualificação da prática profissional como indica o quadro 4.

Quadro 4. Ações de Educação Permanente em Saúde para enfrentamento à COVID-19 em Manaus.

Nº	Ação
1	Capacitar de forma permanente o trabalhador da saúde fomentando a qualificação da sua prática profissional.

Fonte: Plano de Contingência, SEMSA-Manaus, 2021.

Espoti *et al* (2020) afirmam que as ações de EPS estiveram focadas na organização do processo de trabalho e na produção do cuidado para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 nos serviços de saúde. Escola de Saúde Pública (ESAP) ofereceu educação continuada em temáticas relacionadas ao uso adequado de EPI e acolhimento humanizado, dentre outras, com participação de 9.604 profissionais e trabalhadores de saúde no ano de 2021, vejamos o quadro a seguir:

Quadro 5. Ações de Educação Permanente em Saúde para enfrentamento à COVID-19 em Manaus.

Nº	Capacitação	Carga horária	Quantidade de participantes
1	Oficina de promoção da Política Nacional de Humanização com foco no acolhimento dos usuários	2h	75
2	Busca ativa de casos suspeitos de síndrome gripal e/ou COVID-19 pelos agentes comunitários de saúde	2H	1192
3	Alinhamento das ações de vigilância em sarampo	4H	14
4	Curso de paramentação - desparamentação de EPI	4H	7963
5	Capacitação em avaliação neuromotora e doppler	4H	134
6	Conceitos básicos em hanseníase para agentes comunitários de saúde	4H	138

7	Curso básico de hanseníase e prevenção de incapacidades físicas e autocuidado	20h	88
---	---	-----	----

Fonte: Sistema de Gestão de Educação Permanente em Saúde. Acesso em: 01/02/22.

O relatório de gestão da SEMSA de 2020 descreve que a ESAP, coordenadora das ações de Educação Permanente no município, contribuiu tanto para o incremento da cobertura da Atenção Primária à Saúde quanto para a qualificação dos profissionais na atuação nesses serviços, durante a pandemia. Os dados do e-Gestor AB apontaram que a cobertura de atenção básica em saúde aumentou para 62,71% da população e de a cobertura da ESF também apresentou variação positiva, passando de 39,36% para 40,94%, no mês de janeiro de 2020.

Em relação a Vigilância Sanitária Ferreira *et al* (2020) destaca que esta área possui um importante trabalho na prevenção de agravos e promoção da saúde, se insere no Estado com atribuições de controle sanitário de processos, ambientes e da produção e consumo de bens e serviços de interesse da saúde. Vejamos as ações que contam no documento:

Quadro 6. Ações da Vigilância Sanitária para enfrentamento à COVID-19 em Manaus.

Nº	Ação
1	Pactuar ações com a Vigilância Sanitária Estadual e Federal a fim de garantir a integralidade e o fortalecimento das ações de Vigilância Sanitária no enfrentamento à COVID-19.
2	Orientar os diversos segmentos de atividades econômicas, inclusive por meio de entidades representativas do ramo de hotelaria.
3	Articular com a ANVISA a Participação em treinamentos

Fonte: Plano de Contingência, SEMSA-Manaus, 2021.

No quadro 7, verificamos que a Visa Manaus pactuou ações de gestão com articulação institucional nas três esferas e ainda, controle sanitário de diversos segmentos de atividades econômicas, dentre eles hotelaria, além da participação em treinamentos, corroborando com que destacam os autores sobre cinco eixos principais do trabalho da vigilância no enfrentamento da COVID-19, são eles a Gestão e Planejamento, o Controle Sanitário, a Regulação e o Monitoramento do descumprimento do isolamento social, além de Informação, Comunicação e Educação para a Saúde (Ferreira *et al*, 2020).

Já a vigilância epidemiológica é a principal fonte de dados para à saúde pública. Muitas pessoas tiveram acesso aos boletins epidemiológicos e a partir deles conheceram parte do trabalho desse setor, no entanto o papel da vigilância epidemiológica

ca vai além, podemos citar a detecção de situações e grupos de risco, surtos e nos casos como a pandemia de COVID-19. Vejamos as ações da Vigilância em Manaus:

Quadro 7. Ações da Vigilância Epidemiológica para enfrentamento à COVID-19 em Manaus.

Nº	Ação
1	Manter profissionais da Vigilância Epidemiológica dos Distritos de Saúde atualizados sobre a reorganização do serviço nas Unidades da rede municipal de saúde e Unidades Hospitalares, em virtude da pandemia.
2	Intensificar a interlocução efetiva com as equipes de Vigilância dos Distritos de saúde, por meio de contato telefônico, WhatsApp, e-mail entre outros.
3	Manter a comunicação oportuna e precisa com o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde - CIEVS Estadual, SES-AM, outras organizações e autoridades de saúde, sobre as diretrizes nacionais e internacionais.
4	Monitorar a situação epidemiológica do Novo Coronavírus no mundo e no Brasil
5	Reforçar a importância da comunicação e notificação imediata de casos suspeitos
6	Instruir os serviços de saúde públicos e privados para a detecção, notificação, investigação e monitoramento de casos suspeitos
7	Monitorar o comportamento dos casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), nos sistemas de informação da rede, para permitir avaliação de risco e apoiar a tomada de decisão
8	Atualizar equipes do Departamento de Atenção Primária e Vigilâncias Distritais
9	Apoiar as equipes de Vigilância Epidemiológica e Assistência na realização de busca ativa dos contatos
10	Emitir Declaração de Óbito em domicílio de causa natural.
11	Operacionalizar a Campanha de Vacinação contra a COVID-19 em Manaus.

Fonte: Plano de Contingência, SEMSA-Manaus, 2021.

No quadro acima observamos que a vigilância atua no monitoramento das pessoas contaminadas, se internou, se melhorou, se veio a óbito, em qual unidade está. Este monitoramento de contatos é um dos fatores mais relevantes em uma pandemia, as informações podem direcionar as medidas e formas de atuação. A qualidade da informação depende é capaz de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações (Brasil, 2009).

Diante da emergência causada pela pandemia, a investigação epidemiológica, e o apuramento de dados quantificáveis e passíveis de monitoramento como ferramenta de gestão com possibilidade de resposta mais rápida na tomada de decisões da vigilância em saúde e, especificamente da vigilância epidemiológica, por isso a SEMSA Manaus criou a sala de *Situação do Novo Coronavírus*, disponível em ambiente virtual, onde estão disponíveis dados epidemiológicos, plano de ação, decretos e notas técnicas sobre, dentre outros documentos.

A implementação do Serviço de Verificação de Óbito (SVO), definido na Portaria nº 1.405, de 29 de junho de 2006, do Ministério da Saúde, que atua na investigação de mortes por causas naturais sem sinais de violência, foi uma importante ação protagonizada pela Vigilância em Saúde durante a pandemia.

Por fim, a vigilância em saúde iniciou a Campanha de Vacinação em fevereiro de 2021, até o momento a população Vacinável (5 anos ou mais), corresponde a 1.785.793, das quais foram vacinadas 95,09% com 1ª dose, 81,46% com 2ª dose e 25,35% com 3ª dose. Desta forma a população com Ciclo Vacinal Completo é de 83,04 %, como verificamos nos dados do Vacinômetro¹⁶.

A COVID-19 ATRAVESSANDO O CORPO DE UMA PROFISSIONAL DE SAÚDE

Nosso Estado foi terrivelmente atingido pela pandemia de COVID-19, muitas mortes, falta de leitos, falta de insumos entre eles oxigênio. A instabilidade política proveniente de trocas consecutivas de secretários de saúde e acusações de corrupção no setor, gerou descontinuidade de ações e estratégias para o enfrentamento da pandemia, a gravando ainda mais esse quadro. Tal situação pode ser identificada no relato a seguir:

Em final de 2019, ouvia na televisão sobre a emergência dessa nova cepa de Coronavírus; doença que víamos à distância e que não imaginávamos que iria nos atingir de forma tão aterradora! Até meados de março, o trabalho na unidade de saúde em que atuo como médica de família e comunidade há 16 anos, estava relativamente normal com poucos casos de suspeita de infecção pelo SAR-COV-20. Suspeita, pois não tínhamos como confirmar já que não tínhamos testes.

Mas, na segunda quinzena de março/2020, o número de casos já estava tão grande que praticamente só atendíamos suspeitos desta infecção! Fomos organizados em escalas de modo a atendermos ininterruptamente aos pacientes durante o horário de funcionamento de nossa unidade básica de saúde na região central de Manaus. Os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) disponíveis eram os que já possuímos, tendo que comprar outros. Nos mobilizamos para comprar aparelhos para melhor atender os pacientes como oxímetros. Uma sala (sala rosa) foi montada na Unidade Básica de Saúde para acolher pacientes mais graves até poderem ser transferidos para as unidades hospitalares. A Semsu enviou um balão de oxigênio, mas os cateteres para levar o oxigênio até os pacientes acabavam e não havia reposição adequada. Em mui-

16 - O Vacinômetro Covid-19 Manaus é uma ferramenta para acompanhamento e consulta pública. Nele é possível verificar quantidade e perfil das pessoas vacinadas. Disponível no link <https://vacinometro.manaus.am.gov.br/view/>

tos momentos, esperávamos por horas uma ambulância do SAMU para transferência! Nos hospitais, não havia vaga!

Passamos a dividir nossas angústias diante do sofrimento das pessoas e nossa ignorância a respeito de como diagnosticar e tratar estas pessoas. Tínhamos também a preocupação de como nos proteger deste vírus que poderia infectar a equipe, o que acabou acontecendo com toda a equipe (com exceção desta médica que vos relata e de nossa fiel e batalhadora diretora). Tivemos que aprender a lidar com a morte diária de pacientes, colegas de trabalho e, algumas vezes, familiares. Havia dias em que eram alguns pacientes graves simultaneamente, mas apenas 1 balão/cateter de oxigênio! (Médica de Família e Comunidade).

Os relatos dos profissionais de saúde na pandemia trazem situações que pensávamos fazer parte do passado ou de situações já superadas na saúde pública. No entanto, a crise sanitária e humanitária provocada pelo novo Coronavírus explicitou as fragilidades das políticas públicas, na gestão do trabalho e no processo de cuidado nos territórios de vida das pessoas. Assim, o relato da profissional, também autora desse texto, mostra que o sofrimento foi real e atravessou os corpos de usuários, profissionais e gestores no grande desafio de promover a vida diante de tantos sinais de morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Manaus foi conhecida como *"Paris do Trópicos"* pelas pretensões de estar mais próxima dos valores europeus do que uma cidade situada no coração da floresta amazônica. O desejo dos extratos sociais mais empoderados economicamente é que Manaus não estivesse situado nesse lugar, mas no hemisfério norte. No entanto, Manaus desde a sua origem indígena, dos Manáos, é um lugar diferenciado que precisa se identificar com ela mesma e não com o não está nesse aqui.

Na pandemia não podemos nos orgulhar de ter sido o epicentro do contágio, inclusive com o *"privilégio"* de ter uma variante denominada de P1 ou variante de Manaus, posteriormente classificada pela OMS como variante Gama. Isso aconteceu por diversos motivos e gerou consequências incalculáveis para a vida das pessoas. Tivemos tempos terríveis com a crise do oxigênio, no início de 2021, com tantas mortes desnecessárias e evitáveis simplesmente porque não tinham ar, o que é um paradoxo com o lugar conhecido como *"pulmão do mundo"*.

Manaus, como qualquer outra cidade da região, possui uma imensa diversidade social e uma grande variedade de culturas. Apesar de nem sempre ser uma prioridade das políticas públicas, as vozes se fazem ouvir e ecoam pelo mundo afora. A população ribeirinha e indígena convive entre os rios, as ruas e a cidade, fazendo o equilíbrio entre os diferentes modos de vida. Assim, Manaus não deixou de ser

um pouco indígena, apesar das fábricas de televisores; não deixou de ser ribeirinha apesar dos seus condomínios e prédios altos; não deixou de ser amazônica apesar dos valores exógenos; não deixou de ser uma cidade acolhedora apesar das desigualdades e iniquidades.

Por fim, esperamos que a pesquisa sobre COVID-19 nos ajude a compreender mais e melhor sobre o ser humano e as dinâmicas sociais. Não sofremos com a falta de informações, apesar de ainda serem extremamente necessárias, mas pela falta de adesão das instituições públicas e das lideranças políticas ao reconhecimento das ciências. Apesar das incertezas do conhecimento científico, ainda é a melhor resposta ao que nos atormenta nestes dois anos e, pelo visto, continuará nos desafiando por um ainda tempo maior. Por fim, nunca se tornou tão necessário “*olhar para cima*”, fazendo referência ao filme “Não olhe para cima”, do diretor Adam McKay.

REFERÊNCIAS

Amazonas. Governo do Estado. (2021). **Nota de falecimento Rosemary Costa Pinto**. Recuperado em 24/10/2021 às 15:28h de <http://www.amazonas.am.gov.br/2021/01/nota-de-falecimento-rosemary-costa-pinto>

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). **Portaria no. 2488 de 21 de Outubro de 2011**. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). **Portaria no. 2436 de 21 de Setembro de 2017**. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2020). **Primeiro caso de COVID-19 anunciado no Brasil permanece sendo investigado**. Recuperado em 24/10/2021 às 15:03h de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/primeiro-caso-de-COVID-19-no-brasil-permanece-sendo-o-de-26-de-fevereiro> Publicado em 17/07/2020.

Câmara Municipal de Manaus. (1990). **Lei Orgânica do Município de Manaus**. Disponível em: https://www.cmm.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/LO-MAN-Atualizada_ate-a-Emenda-102-134.pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

IBGE. (2021). **IBGE cidades**. Recuperado em 25/10/2021 às 18:45h de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>

IBGE. (2012). **Os indígenas no censo demográfico 2010 - primeiras considerações com base no quesito cor e raça**. Rio de Janeiro, 2012. Recuperado em 25/10/2021 às 19:35h de <https://indigenas.ibge.gov.br/mapas-indigenas-2.html>

IBGE. Censo Demográfico (2010a). **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Sistema IBGE de recuperação automática. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios>. Acesso em: 02 nov. 2021.

IBGE. Censo Demográfico (2010b). **Panorama Manaus**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama>. Acesso em: 06 nov. 2021.

IBGE. Censo Demográfico (2010c). **Sinopse dos Resultados do Censo 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=13&cod2=130260&cod3=13&frm=piramide>. Acesso em: 07 nov. 2021.

Lemos, L. S. M. (2016). **Áreas de risco nas bacias hidrográficas urbanizadas de Manaus**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/5221>. Acesso em 31 out. 2021.

Matta, A. (1916). **Geografia e Topographia Médica de Manaós**. Manaos: Livraria Renault.

Melo, E.A.; Mendonça, M.H.M.; Oliveira, J.R.; Andrade, G.C.L. (2018). **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 42, 1, P. 38-51,

Mendonça, F.; Danni-Oliveira, I. M. (2009). **Climatologia: noções básicas e climas do Brasil**. São Paulo: Oficina de Textos, 2009.

Mesquita, O. (2006). **Manaus: História e Arquitetura (1852-1910)**. 3ª Ed. Manaus: Editora Valer.

OPAS/OMS. (2021). **Histórico da pandemia de COVID-19**. Recuperado em 24/10/2021 às 14:18h de <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-COVID-19>

Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. (2020). **Plano estadual de saúde 2020-2023 (PES)**. Recuperado em 24/10/2021 às 17:30h de http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2020-2023_ver_ini.pdf

Secretaria Municipal de Saúde. (2018). **Plano Municipal de Saúde (2018-2021) PMS**. Recuperado em 24/10/2021 às 17:50h de <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-de-Manaus-2018-2021.pdf>

Secretaria de Estado de Saúde. (2020). **Amazonas confirma primeiro caso de COVID-19 e autoridades garantem que rede de assistência está preparada.** Recuperado em 24/10/2021 15:17h de <http://www.saude.am.gov.br/visualizar-noticia.php?id=4327>. Publicada em 16/03/2020

UNA-SUS. (2020). **Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença.** Recuperado em 24/10/2021 às 15:11h de <https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca>

Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia (PPGCASA). (2019). **Atlas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Amazonas.** Manaus: UFAM/PPGCASA, 2019. Disponível em: <http://bit.ly/odsamazonas/>. Acesso em: 07 nov. 2021.

Schweickardt, J.C. (2011). **Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas, 1890-1930.** Rio de Janeiro: Fiocruz.

Silva, J.S. (2012). Adoecendo na cidade da borracha: Manaus (1877-1920). **Dissertação de Mestrado**, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/4762/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20J%C3%BAlio%20Santos%20da%20Silva.pdf>. Acesso em 30 out. 2021.

SEDECTI (2021). **Mapa da população por bairro de Manaus.** Disponível em: http://www.seducti.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/mapa_da_populacao_por_bairro_de_manaus.pdf. Acesso em: 04 nov. 2021.

A produção e vida e saúde Manicoré, nas margens do rio madeira: considerações sobre o enfrentamento à pandemia de COVID-19

Alcindo Antônio Ferla
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt
Ana Paula Cappellari
Maria Adriana Moreira
Júlio Cesar Schweickardt

“para se combater o novo Coronavírus primeiro é preciso ter cuidado e depois coragem” Krenak (2020, p.13)

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo relatar as estratégias de enfrentamento à pandemia de COVID-19 adotadas pelo município de Manicoré. Para tanto, é necessário conhecermos as características e especificidades do município. O estudo compõe a etapa inicial da pesquisa *“Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”*, realizada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). Nesta etapa, buscou-se a caracterização dos “casos” em estudo – municípios selecionados intencionalmente no estado do Amazonas – construindo pequenas redes científicas híbridas entre pesquisadores e trabalhadores da gestão e da atenção municipal, para o levantamento de dados considerados relevantes e oportunos para descrever o contexto e as respostas locais.

A expressão *“pequenas redes científicas”* não foi utilizada ao acaso. Consideramos que a análise do contexto e da transformação das práticas sociais produzidas pela pandemia nos territórios é um tema demasiado complexo para abordagens disciplinares puras, mas também para a produção de conhecimentos desde

exclusivamente as práticas tradicionais de pesquisa. Ferla (2021) explana sobre o problema da aprendizagem versus a complexidade dos modos como a vida se produz nos territórios existenciais de pessoas e coletividades. Na pesquisa, em concordância com a ideia da complexidade como questão relevante para a aproximação com os territórios, optamos por um exercício inicial de busca de informações em bases secundárias, nos sistemas de informação, nos sites institucionais. A técnica de produção e dados foi a pesquisa documental e em bases de informações e indicadores de uso regular na saúde. Mas a técnica de análise desses dados e informações foi a sucessiva aproximação por olhares múltiplos, considerando que a aproximação do campo empírico sempre carrega consigo um conjunto de valores e lentes de valoração que reconstróem o território em análise. Milton Santos (1994) fala de uma representação tecno-geográfica dos territórios, que não coincide com o território vivo, que se produz cotidianamente com base nas relações que se estabelecem no seu contexto. Por outro lado, as aproximações com os sistemas de saúde nos territórios se dão, pela natureza mesmo dos municípios amazônicos, pela atenção básica, que é o componente mais complexo dos sistemas locais de saúde, em que os saberes disciplinares e profissionais têm mais dificuldade constitutiva para uma compreensão dinâmica e suficiente para, além de realizar representações didáticas sobre eles, propor ações com platôs crescentes de integralidade (Ferla, 2021).

Assim, a etapa inicial da pesquisa não pode ser classificada apenas como uma etapa prévia ao campo empírico. Ela já é o campo empírico, mas com a configuração de uma pesquisa de intervenção, que se assume como pesquisa implicada (Ferla et al., 2020) e comprometida com o desenvolvimento local. Dessa forma, o que se apresenta aqui são dois “*produtos*” concomitantes da aproximação analítica já realizada: 1) uma análise descritiva do “*caso Manicoré*” da pesquisa, mesclando dados de representação e aproximações de intensidade com o contexto em análise e, dessa forma, articulando os indicadores “*sobre*” com um primeiro falseamento da representação, constituído pelos olhares diversos sobre os dados, deixando passar também uma certa “*vibração local*”, para “*torcer*” as interpretações disciplinares das várias áreas do conhecimento que intervém no estudo; 2) uma descrição de metodologias constituídas singularmente no percurso da rede científica que se ocupou do “*caso Manicoré*” e que também pertence à rede científica ampliada que compõem o projeto como um todo. Essa segunda contribuição busca interagir com as demais contribuições que compõem o livro e configurar uma metodologia de seguimento da pesquisa com um formato mais rizomático do que técnico-disciplinar.

No capítulo, articulamos uma descrição mais geral das condições de vida e saúde no município de Manicoré, inclusive do sistema de saúde; uma análise dos indicadores da atenção básica e de mortalidade no município no período inicial da pandemia e algumas respostas locais para o enfrentamento à pandemia de COVID-19.

A PANDEMIA DE COVID-19 E O “CASO” MANICORÉ

O município de Manicoré localiza-se na margem direita do rio Madeira no Estado do Amazonas. Está localizado entre as capitais Manaus e Porto Velho. É um município que se destaca pelo cultivo de banana e melancia, tem um grande potencial extrativista, principalmente da castanha. É ainda conhecido internacionalmente pela pesca esportiva do Tucunaré, um peixe regional.

O nome da cidade se deu por conta do Rio Manicoré, na calha do Rio Madeira. Por sua vez, o nome do rio surge da palavra Ancoré, nome de uma tribo indígena que habitava a região. Quanto aos pontos turísticos na cidade, destacam-se o balneário do Atininga e as cachoeiras do Rio Manicoré. A seguir, apresentaremos dados que buscam caracterizar as especificidades do município.

O IDHM do município de Manicoré era 0,398, em 2000, e passou para 0,582, em 2010, de acordo com os dados do Censo Demográfico, localizando o município na faixa de Baixo Desenvolvimento Humano (PNUD, 2022). A evolução do índice foi de 46,23% no município. Em 2010, o IDHM¹⁷ do município de Manicoré ocupava a 4590ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros e a 23ª posição entre os municípios de seu estado do Amazonas. Ao considerar as dimensões que compõem o IDHM, também entre 2000 e 2010, verifica-se que o IDHM Longevidade apresentou alteração 7,79%, o IDHM Educação apresentou alteração 130,30% e IDHM Renda apresentou alteração 26,09%.

No ano de 2017, a população do município de Manicoré era foi estimada em 54.708 pessoas, sendo composta, em sua maioria, por homens e negros. Com essa população, Manicoré era o 9º município mais populoso entre os 62 do Amazonas e o 640º/5.570 no país. Entre 2013 e 2017, a população do município registrou um aumento de 6,58%. No mesmo período, Amazonas registrou um aumento de 6,71%. Considerando os dados do último censo (2010), a densidade demográfica era de 0,97 hab/Km². Para 2021, a projeção da população feita pelo IBGE, diante da postergação sucessiva do novo Censo Populacional, é de 57.405 pessoas. Quanto à longevidade, a esperança de vida ao nascer, o valor dessa variável no município era de 66,57 anos, em 2000, e de 69,83 anos, em 2010. No Amazonas, essa variável era 66,51 anos em 2000, e de 73,30 anos, em 2010. A razão de dependência total no município passou de 92,00%, em 2000, para 71,60% em 2010, e a proporção de idosos, de 3,83% para 4,38%. No Amazonas, a razão de dependência passou de 72,63% para 59,33%, e a proporção de idosos, de 3,26% para 4,03% no mesmo período. A razão de dependência é a proporção de população com menos de 15 anos ou com mais de 65 anos de idade (popula-

17 - O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é um número que varia entre 0,000 e 1,000. Quanto mais próximo de 1,000, maior o desenvolvimento humano de uma localidade.

ção economicamente dependente) em relação à população de 15 a 64 anos de idade (população potencialmente ativa). E a taxa de envelhecimento é a razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total. Com esses indicadores, a pirâmide populacional é bastante alargada na base, demonstrando uma etapa inicial da transição demográfica que o Brasil atravessa. No município, a taxa de mortalidade infantil, definida como o número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade para cada mil nascidos vivos, passou de 41,29 por mil nascidos vivos em 2000 para 26,00 por mil nascidos vivos em 2010, e para 23,46 em 2019. No Amazonas, essa taxa passou de 37,95 para 17,01 óbitos por mil nascidos vivos no período 2000-2010, e para 16,7 em 2019, valor superior à média do Brasil, que foi de 11,9 no último ano.

Em relação aos indicadores educacionais, no ano de 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 81,21%. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos, frequentando os anos finais do ensino fundamental, era de 69,48%. A proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 41,26%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 16,98%. Em 2000, 60,34% da população de 6 a 17 anos estavam cursando o ensino básico regular com menos de dois anos de defasagem idade-série. Em 2010, esse percentual era de 73,46%. A taxa de Distorção idade-série no ensino médio no município era de 48,80%, em 2016, e passou para 44,40%, em 2017. Por sua vez, a taxa de evasão no fundamental foi de 5,10%, em 2013, para 4,10%, em 2014. A taxa de evasão no ensino médio foi de 8,60%, em 2013, e, em 2014, de 10,80%. Outro indicador importante é a expectativa de anos de estudo que sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência terá completado ao atingir a idade de 18 anos. No município, esse indicador registrou 4,92 anos, em 2000, e 8,20 anos, em 2010, enquanto o Amazonas registrou 6,68 anos e 8,54 anos, respectivamente (PNUD, 2022).

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD, 2022), em 2000, 49,20% da população do município eram extremamente pobres, 69,59% eram pobres e 87,92% eram vulneráveis à pobreza; em 2010, essas proporções eram, respectivamente, de 26,72%, 47,59% e 68,47%. No período, o Índice de Gini, que mede desigualdades de renda da população, manteve-se em 0,60, indicando, portanto, continuidade na desigualdade de renda. O índice de Gini é uma das medidas de desigualdade de renda constantes do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Seu valor pode variar entre 0 e 1 e, quanto maior, maior a desigualdade de renda existente (PNUD, 2022).

Também utilizando os dados do Atlas de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2022), a situação da vulnerabilidade social no município de Manicoré/AM pode ser indicada por alguns indicadores e sua dinâmica nos últimos anos: houve re-

dução no percentual de crianças extremamente pobres, que passou de 57,29% para 33,61%, entre 2000 e 2010; o percentual de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos, no mesmo período, passou de 24,03% para 31,50%. Neste mesmo período, houve redução no percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza, que passou de 30,71% para 18,97%. Por último, houve crescimento no percentual da população em domicílios com banheiro e água encanada no município. Em 2000, o percentual era de 15,68% e, em 2010, o indicador registrou 30,63%. Ou seja, no município, houve um movimento de melhoria das condições de vida e de produção de saúde no território.

O sistema municipal de saúde de Manicoré tinha registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) os seguintes serviços: 01 Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, 09 Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, 02 Clínicas Especializadas/Ambulatórios Especializados, 03 Farmácias, 01 Hospital Geral, 02 Laboratório de Saúde Pública, 01 Secretaria de Saúde, 02 Unidades de Vigilância em Saúde, 01 Unidade Móvel Fluvial; perfazendo um total de 22 estabelecimentos cadastrados e em funcionamento. O município tinha 12 Equipes de Saúde da Família (eSF), 07 equipes de saúde bucal e 144 Agentes Comunitários de Saúde, o que alcançou uma cobertura populacional de 68,07%.

Os indicadores acima descrevem uma realidade econômica, sanitária e social difícil para o território do município, com diversos indicadores ainda mais desfavoráveis do que o estado do Amazonas e a Região Norte. Tal cenário acumula condicionantes e determinantes da produção de saúde desfavoráveis e foi nesse cenário que a pandemia de COVID-19 chegou no município.

EFEITOS DA PANDEMIA NO TERRITÓRIO

A análise dos efeitos da pandemia no município de Manicoré abrange o ano de 2020, com dados mais sistematizados nas bases nacionais e que permite, portanto, maior comparabilidade com outros territórios. Escolhemos registrar aqui alguns indicadores de produção na atenção básica (a partir dos dados do Sistema de Informações da Atenção Básica - SISAB), indicadores de mortalidade e algumas iniciativas locais.

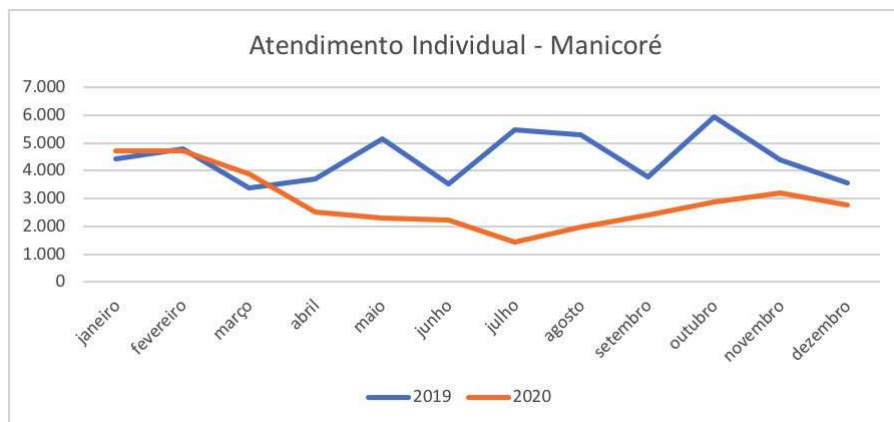
PRODUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Os impactos da pandemia na produção do cuidado da Atenção Primária em Saúde (APS) são facilmente percebidos quando analisados dados de produção das equipes de APS. Os gráficos a seguir apresentam dados extraídos do Siste-

ma de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), do Ministério da Saúde, consolidados no período de 2019 e 2020, e podem ser usados para análise de efeito da produção de cuidado na APS do município de Manicoré. Os dados recuperados na base nacional do SISAB envolvem todos os serviços da rede de APS como Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Equipes de Atenção Básica (EAB), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp) e Equipes de Atenção Primária (eAP).

Para essa etapa da análise, faremos uso dos atendimentos individualizados, dos atendimentos odontológicos, dos procedimentos registrados e das visitas domiciliares. Entre os diferentes itens da produção ambulatorial da atenção básica registrados regularmente pelas equipes e municípios e que estão consolidados na base nacional, consideramos esses suficientes para descrever e compreender a dinâmica da atenção básica durante a pandemia. O contexto necessário para a análise dos dados é que o ano de 2020 foi o último ano dos gestores municipais, substituídos, quando foi o caso, como decorrência da eleição de 2020. As novas gestões assumiram o governo em meio ao enfrentamento da pandemia. Na gestão federal, o governo é anterior à pandemia, tendo sido eleito em 2018 e atuando à frente da gestão do governo federal desde 2019.

Gráfico 14. Variação mensal de Atendimentos Individualizados, Manicoré, 2019 e 2020.

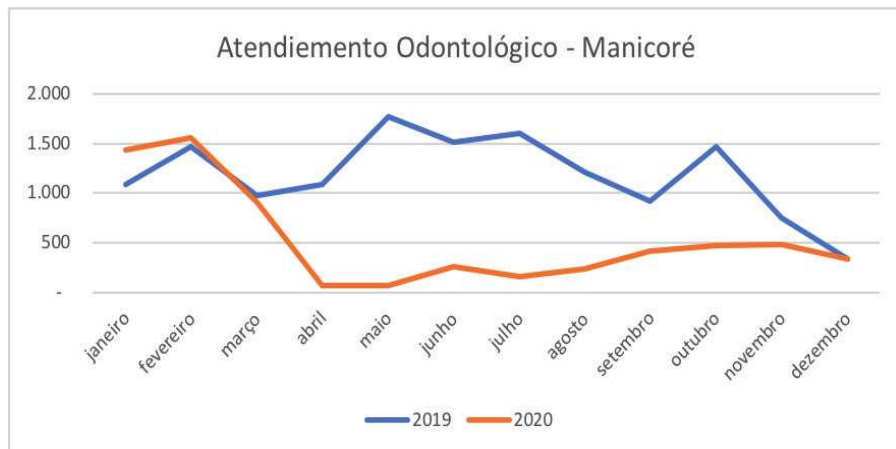


Fonte: Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica (SISAB).

Os dados apresentados demonstram uma queda de atendimentos realizados no município, bem acentuada a partir do mês de abril, e que se mantém dessa forma até o final do ano de 2020 em comparação com o ano de 2019. Esse período coincide com o início da pandemia no Brasil e, em particular, com o agrava-

mento do que se denominou de “primeira onda”. Considerando os totais anuais, a redução de atendimentos no ano de 2020 foi de 34,33%.

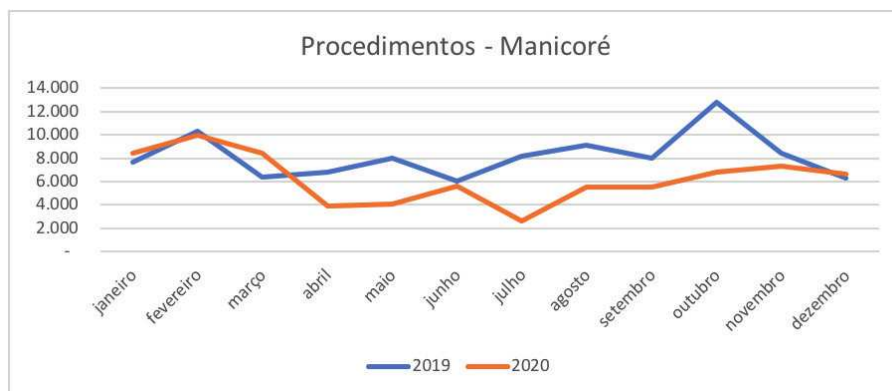
Gráfico 15. Variação mensal de Atendimentos Odontológicos, Manicoré, 2019 e 2020



Fonte: Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica (SISAB).

Da mesma forma que os atendimentos individualizados, os atendimentos odontológicos tiveram uma queda expressiva a partir do mês de abril comparados com o mesmo período de 2019 e se mantiveram assim durante todo o ano de 2020. A redução dos procedimentos odontológicos de um ano para outro foi da ordem de 54,92%, volume bastante significativo.

Essa queda pode ser justificada pela diminuição da procura dos usuários por esse tipo de cuidado e pela orientação do próprio MS, no guia de orientações para Atenção Odontológica no contexto da Pandemia (2020), que, em um primeiro momento, orientou que as demandas de saúde bucal fossem avaliadas individualmente por nível de urgência, uma vez que os procedimentos odontológicos são considerados com alto risco de transmissão do Coronavírus. A orientação federal também incluiu a sugestão de que fossem priorizados teleatendimentos aos usuários e que, na realização presencial de atendimentos, fossem reforçados os cuidados de proteção individual. Importante registrar que essa orientação ocorreu no contexto em que o Ministério da Saúde demonstrava enormes dificuldades operacionais e de entendimento para providenciar normas de proteção aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, conforme sua obrigação definida na legislação brasileira (Brasil, 1990; 2020) e no Regulamento Sanitário Internacional (OMS, 2005; citado em Brasil, 2020b).

Gráfico 16. Variação mensal de Procedimentos da APS, Manicoré, 2019 e 2020.

Fonte: Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica (SISAB).

Assim como os gráficos anteriores os procedimentos da APS também demonstram queda no ano de 2020 a partir do início da pandemia, quando comparados com 2019 no município de Manicoré, com tendência a um aumento nos mesmos a partir de agosto. A redução do número de registros de procedimentos da APS foi da ordem de 23,73%.

Gráfico 17. Variação mensal de Visitas Domiciliares da APS, Manicoré, 2019 e 2020

Fonte: Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica (SISAB).

As visitas domiciliares realizadas no município de Manicoré tiveram aumento no início do ano de 2020 em comparação com o ano de 2019, porém a partir do início da pandemia, no mês de abril de 2020 ocorre uma diminuição considerável que se mantém durante todo ano no município de Manicoré. No total do ano, constatou-se uma redução de visitas domiciliares na ordem de 21,36%.

Essa queda de produção da APS pode ser atribuída a vários fatores entre eles a diminuição de acesso dos próprios usuários, restrição de atendimentos dos serviços de APS, afastamentos de profissionais com comorbidades, idosos e gestantes e ainda pelo acometimento pela própria COVID-19 em muitos profissionais da linha de frente na APS. Sobretudo, com a dificuldade de organizar os processos de trabalho nos territórios com escassas e contraditórias orientações federais e com a dificuldade de assegurar as condições de proteção física e psicossocial dos trabalhadores e trabalhadoras, pela ausência de respostas articuladas no âmbito das três esferas de governo e com a disputa enunciativa sobre a gravidade da COVID-19, em grande parte patrocinada pelas autoridades federais.

Os efeitos da ação paradoxal do governo federal repercutem no cotidiano dos territórios e não foi diferente em Manicoré. A equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde relata que um dos primeiros óbitos de residentes no município foi de uma pessoa idosa, que estava restrita ao lar, mas que convivia domiciliarmente com um filho que exercia a ocupação de motocoboy. A suspeita de óbito por COVID-19 foi rechaçada pela família, que não aceitou o resultado da confirmação laboratorial e produziu uma mobilização no município, assentada na negação da doença e na politização do diagnóstico. Como se depreende no relato, a repercussão das entrevistas, orientações desencontradas e discursos das autoridades federais produz efeitos no cotidiano dos municípios, a quem cabe a função de fazer o SUS mediar demandas e necessidades de saúde com as características de cada território.

MORTALIDADE E COVID-19 EM MANICORÉ

Foram analisados os dados de mortalidade da base nacional do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) para os anos de 2015 a 2020, sendo que no último ano foram utilizados dados preliminares, acessados em dezembro de 2021, com última atualização registrada da base em agosto do mesmo ano e, portanto, com improváveis mudanças significativas para a incorporação na base definitiva.

A estrutura da mortalidade no município de Manicoré é bem definida nos anos iniciais da análise, sendo alterada significativamente no ano de 2020. Os cinco principais grupos de causas, segundo classificação na CID-10, no período de 2015 a 2019 foram: doenças do aparelho circulatório, causas externas, causas

mal definidas, neoplasias e doenças do aparelho respiratório, respectivamente. As mortes pelas cinco principais causas representaram 70,62% do total de óbitos no município no período. Entretanto, dois grupos de causas chamam a atenção, na sequência: doenças endócrinas e metabólicas e afecções do período perinatal, representando aproximadamente 13,79% das mortes no período. No ano de 2020, o advento da pandemia de COVID-19 alterou a estrutura de mortalidade no município, com causas mal definidas assumindo a liderança, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias. As cinco principais causas foram responsáveis por 78,17% das mortes no município no período. A sexta posição segue com doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com uma frequência predominante de diabetes mellitus e desnutrição (90,25% dos registros no grupo de causas).

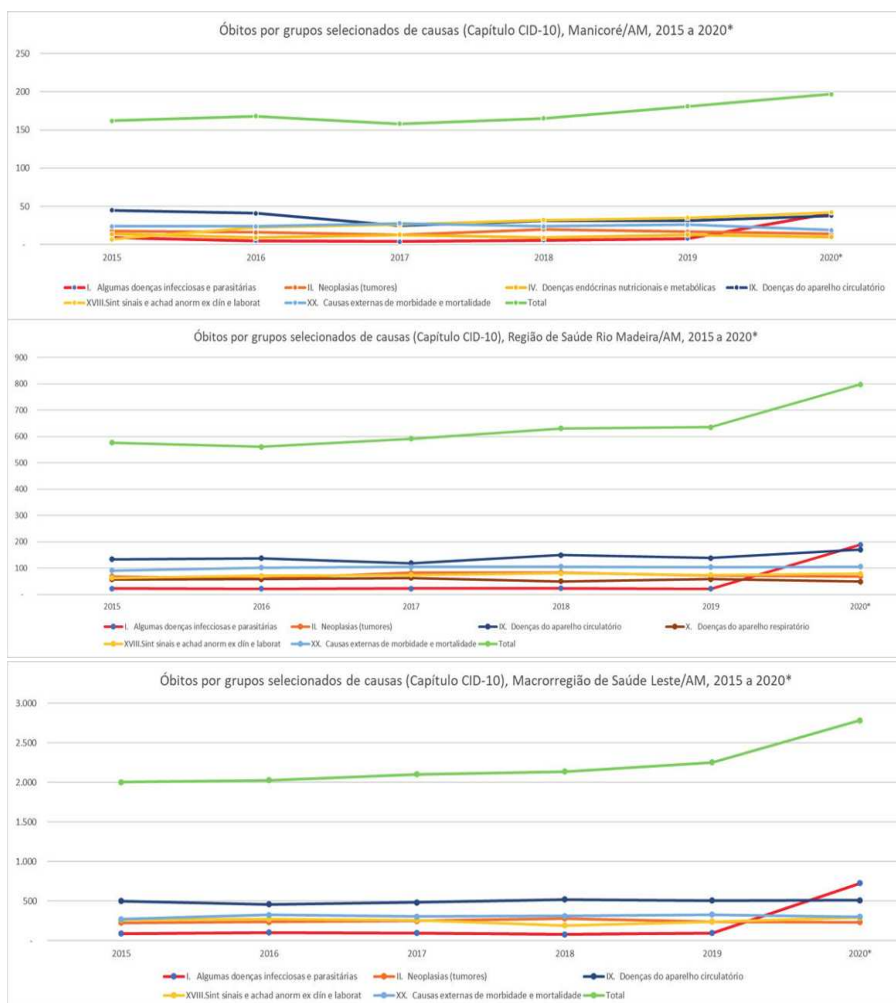
O Gráfico 5 ilustra o comportamento da mortalidade pelos grupos de causas da CID 10 prevalentes no município de Manicoré, na Região de Saúde Rio Madeira, na Macrorregião Leste e no estado do Amazonas como um todo nos anos de 2015 a 2020. Ainda analisando os dados do município de Manicoré, chama muito a atenção o fato de que o volume de óbitos considerados como provocados por causas mal definidas no ano de 2000 alcançou o primeiro lugar, provavelmente demonstrando que os atestadores de óbito e o sistema de vigilância local repercutiram na prática profissional e institucional a disputa enunciativa sobre a gravidade da COVID-19 que foi travada na sociedade. Apesar das normas sanitárias e orientações técnicas, ao que tudo indica houve dificuldades no município de notificar a causa do óbito quando esse foi motivado pela doença. Nos demais territórios, a estrutura da mortalidade antes e depois da pandemia mantém muita similaridade entre os territórios.

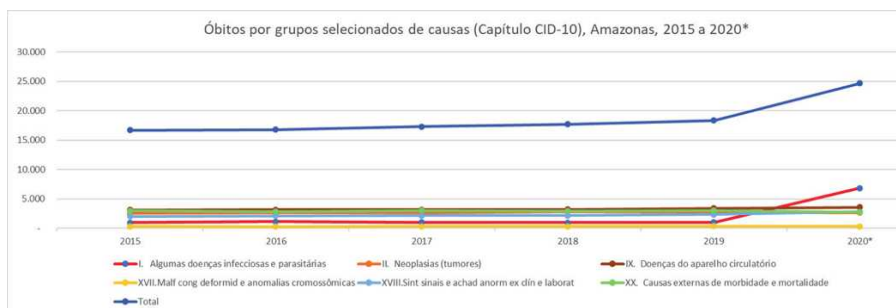
Os cinco grupos de causas mais frequentes na Região de Saúde Rio Madeira, na Macrorregião de Saúde Leste e no estado do Amazonas no período de 2015 a 2019 foram: doenças do aparelho circulatório, causas externas, neoplasias, sinais e sintomas mal definidos e doenças respiratórias, nessa ordem. No município de Manicoré, como se verificou, os óbitos por causas mal definidas e as neoplasias apenas alternam a frequência, invertendo a classificação no terceiro e quarto lugares. As cinco principais causas até o início da pandemia representaram 73,47% dos óbitos na Região de Saúde, 70,62% na Macrorregião Leste e 71,73% no estado do Amazonas.

No ano de 2020, nos territórios supramunicipais, as cinco principais causas se mantiveram praticamente estáveis: doenças infecciosas alcançou o primeiro grupo de causas (exceto no município, como se destacou anteriormente); doenças do aparelho circulatório o segundo grupo de causas; causas mal definidas e causas externas como o terceiro e quarto lugares (causas mal definidas como o terceiro no estado e quarto nos demais; causas externas como terceiro na ma-

corregião e na região de saúde e quarto no estado; e neoplasias como o quinto grupo de causas. No Amazonas, os cinco principais grupos de causas concentraram mais óbitos do que no período anterior, alcançando 75,12% dos óbitos; na Macrorregião Leste 74,14% dos óbitos, na Região de Saúde 76,69%. Ou seja, além do aumento do número de óbitos, no ano inicial da pandemia também ficaram mais concentradas as causas.

Gráfico 18. Distribuição anual dos óbitos segundo os principais grupos de causas, Manicoré, Região de Saúde Rio Madeira, Macrorregião Leste e Amazonas, 2015 a 2020*.

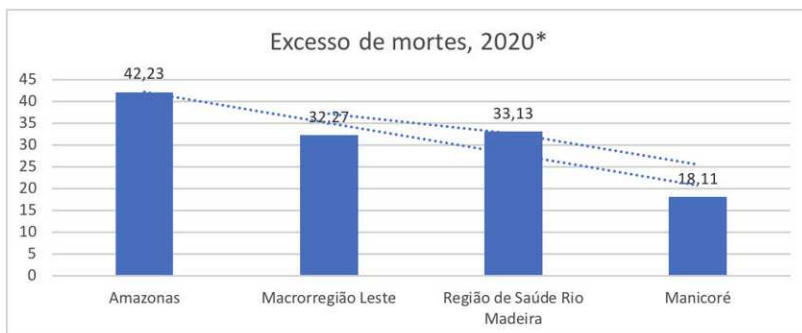




Fonte: produzido a partir dos dados do SIM recuperados pelo TABNET/DATASUS/Ministério da Saúde em janeiro de 2022.

O aumento do número de óbitos pode ser representado também pelo indicador da taxa do excesso de mortalidade, que representa o crescimento do número de mortes durante a pandemia comparativamente à média dos últimos anos antes da pandemia (2015 a 2019), considerando que a única grande diferença entre este ano e anos passados recentes foi o início da pandemia. O Painel CONASS COVID-19 (<https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>), mantido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde em parceria com universidades, instituições e pesquisadores, utiliza esse conceito para analisar comparativamente os efeitos da pandemia sobre diferentes territórios, inclusive com outros países. O Gráfico 19 apresenta as taxas de excesso de mortalidade (número de mortes em 2020 / média do número de óbitos nos anos de 2015 a 2019 * 100) nos quatro territórios em análise comparativa (estado do Amazonas, Macrorregião Leste, Região de Saúde Rio Madeira e município de Manicoré), demonstrando que o menor percentual de óbitos registrados é no município, que há uma aproximação grande entre Região e Macrorregião, e que o maior percentual de óbitos acima da média do período anterior foi no Amazonas.

Gráfico 19. Comparativo da taxa de excesso de mortalidade no estado do Amazonas, Macrorregião Leste, Região de Saúde Rio Madeira e município de Manicoré, 2020.

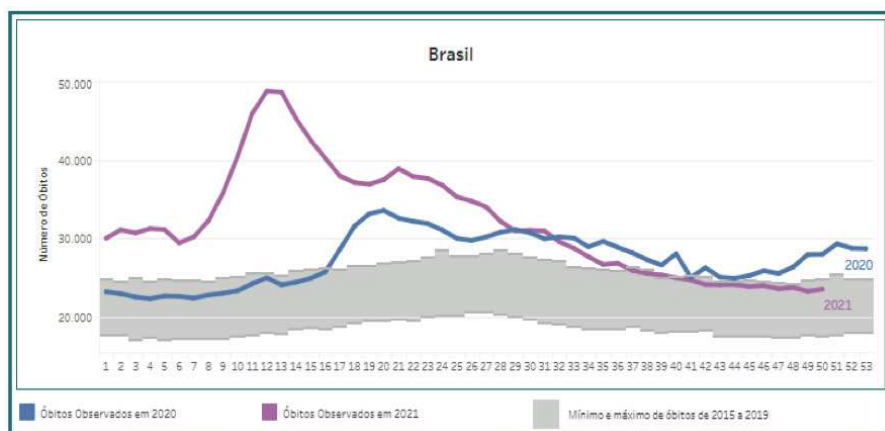


Fonte: calculado a partir dos dados recuperados da base nacional do SIM/SUS.

A estrutura etária da população de Manicoré, composta predominantemente por pessoas jovens (crianças, adolescentes e adultos jovens) pode estar relacionada às menores taxas de mortalidade no município, uma vez que o contágio no ano de 2000 foi, predominantemente, por variantes com maior letalidade em adultos e em pessoas com comorbidades, considerando tratar-se do período anterior à vacinação de pessoas no Brasil. Ainda assim, o município teve taxas de excesso de óbitos próximas às do Brasil como um todo.

No ano de 2020, o Brasil alcançou uma taxa de excesso de mortalidade de 22%, naquele período menor apenas que Estados Unidos, Rússia e alguns países da Europa. A distribuição da taxa no ano de 2020 foi díspar entre os diferentes territórios, tendo a menor taxa média na Região Sul (12%) e a maior taxa no Norte (42%), com taxas intermediárias na Região Centro-Oeste (33%), Sudeste (19%) e Nordeste (28%). No ano de 2021, as taxas alcançaram valores maiores, sobretudo pelo crescimento de mortes nos primeiros meses do ano, com o Brasil alcançando 43% e superando os demais países participantes do estudo, com variações de 62% na Região Centro-Oeste até 37% na Região Nordeste, com o Norte com 43%, a Região Sul com 44% e a Região Sudeste com 42%. Se os dados do ano de 2000 descrevem o impacto da chegada da pandemia, os indicadores de 2021 também representam as mediações feitas a partir da aprendizagem consolidada ou não com a pandemia. A Figura 24 descreve o comportamento das mortes nos dois anos da pandemia, considerando a faixa de variação dos óbitos nos cinco anos anteriores para o Brasil, demonstrando que o seguimento das análises no período de 2021 e 2022 acrescentará informações relevantes aos estudos.

Figura 24. Demonstrativo do excesso de mortalidade no Brasil nos anos de 2020 e 2021



Fonte: calculado a partir dos dados recuperados da base nacional do SIM/SUS.

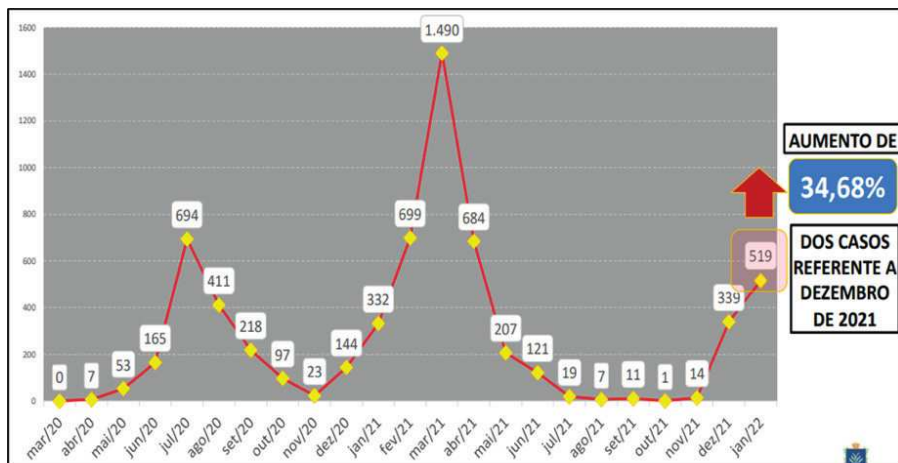
Como se verificou nos indicadores analisados até aqui, as condições de enfrentamento à pandemia no Amazonas, como nos demais recortes territoriais brasileiros, foi muito heterogênea e essa heterogeneidade inclui déficits de condução nacional e local, tensões na sociedade e nos governos. No próximo item, concentraremos a análise no território de Manicoré.

AÇÕES DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

Dentre as várias medidas e ações para combater a pandemia, a prefeitura de Manicoré emitiu decretos municipais apresentando medidas tais como: isolamento, restrição de horário de funcionamento para postos de gasolina, supermercados e farmácias, fechamento de lojas e salões de beleza, obrigatoriedade do uso de máscara, distanciamento, fechamento de todas as repartições públicas consideradas não essenciais, restrição de viagens e proibição de cultos e missas. O Departamento de Planejamento e Vigilância em Saúde elaborou os planos de contingência de enfrentamento à COVID-19, foi feito um plano para cada variante (Delta, Ômicron).

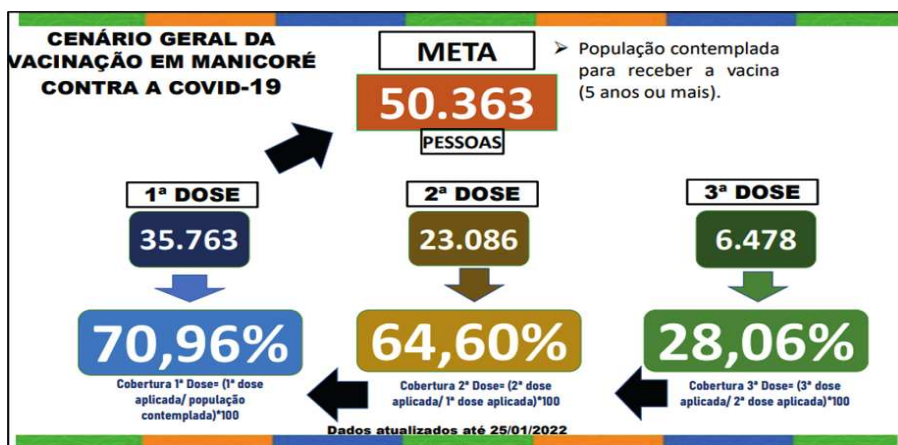
O Plano de Contingência apresentou as ações de enfrentamento organizadas em 7 componentes: Vigilância em saúde, Rede assistencial, Suporte Laboratorial, Vigilância sanitária, Assistência farmacêutica, Comunicação de risco e Gestão. Dividiu também, para cada componente, ações em 3 níveis de ativação: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública. Cada nível foi baseado na avaliação do risco da variante do Coronavírus e o impacto na saúde pública.

A avaliação do risco levou em consideração algumas questões: a) Transmissibilidade da doença; b) Propagação geográfica do COVID-19 entre humanos e animais; c) Gravidade clínica da doença; d) Vulnerabilidade da população; e) Disponibilidade de medidas preventivas. Equipes de Saúde da Família da Atenção Básica e Vigilância em Saúde do município realizam rastreamento dos casos de COVID-19 com as populações da zona urbana e rural do município, bem como as orientações de prevenção. O acompanhamento das ações de enfrentamento foi bastante incrementado no ano de 2021, com a mudança da gestão municipal, com resultados visíveis em termos de vigilância e investigação de óbitos e melhora dos indicadores de volume de óbitos por causas mal definidas. O monitoramento de casos está representado na Figura 25 e apresenta os picos de casos da doença no ano de 2020 e nos primeiros meses de 2021.

Figura 25. Histórico e evolução dos casos de COVID-19 em Manicoré.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Manicoré, dados até 25 de janeiro de 2022.

Entre as ações realizadas pela Prefeitura Municipal de Manicoré, está a imunização. Diversas ações como da campanha “IMUNIZA MANICORÉ” foram criadas e estão acontecendo em todas as comunidades da zona rural e os bairros da zona urbana estão sendo visitados e as equipes vem fazendo a busca ativa para vacinar aquelas pessoas que não estão com as vacinas em dia. A Figura 26 ilustra as ações informativas da campanha e os resultados.

Figura 26. Informativo sobre vacinação e cobertura vacinal para COVID-19, Manicoré, 2022

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Manicoré, dados até 25 de janeiro de 2022.

ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19

A Educação Básica no Brasil avançou significativamente nos últimos anos, especialmente no que diz respeito ao acesso à escola, mas muitos dos avanços havidos nos últimos anos estão ameaçados em função da pandemia da COVID-19. Com isso, o distanciamento social e a quarentena têm impactado diretamente na vida de todos os brasileiros e os processos educacionais de modo mais drástico (Pasini; Carvalho; Almeida, 2020). Nesse contexto a educação em Manicoré está entre as que mais sofreram impacto com a pandemia. As escolas públicas brasileiras estão entre as que estiveram por mais tempo total ou parcialmente fechadas.

A suspensão das aulas foi uma medida essencial para o enfrentamento do vírus, até então de comportamento desconhecido e com alto percentual de contaminação. Isso levou ao imperativo de adaptação e superação de professores e alunos visando manter o mínimo do fluxo de aprendizagem e minimizar o impacto das enormes perdas educacionais e dos danos socioemocionais do distanciamento social.

O município de Manicoré tem 160 escolas. Sendo 150 escolas municipais e 10 estaduais. A grande maioria delas sendo rurais e ribeirinhas. 138 escolas municipais na zona rural e 3 escolas estaduais são indígenas. Com essa cartografia da educação pública no município, todas as escolas da zona rural e as indígenas estiveram fechadas por mais de 18 meses e praticamente isoladas da sede do município por conta da recomendação de não circulação de pessoas entre as comunidades e a sede e a quase inexistência de internet, até mesmo na cidade. Algumas comunidades passaram a receber algum tipo de suporte educacional com apostilas e materiais impressos quando os professores começaram a ser lotados e encaminhados às comunidades a partir de abril de 2021, segundo informações da SEMED/Manicoré. Sem muitos recursos ou suporte, alguns gestores escolares e professores organizaram apostilas com base em livros didáticos ou sites de internet, quando possuíam rede disponível na cidade, e passaram a entregar esse material nas casas dos alunos em 2021. Material esse que depois era recolhido para correção. Uma importante referência de conteúdo e material digital foi o Projeto Aula em Casa desenvolvido pela Secretaria Municipal de Educação – SEMED/Manaus em parceria com a Secretaria de Estado de Educação, Esporte e Lazer – SEDUC/AM. O Projeto foi desenvolvido na capital Manaus a partir de abril de 2020 e se tornou uma referência de estratégia educacional para manter o mínimo do fluxo de aprendizagem para outras capitais e estados brasileiros assim como para o interior do Estado do Amazonas, oferecendo conteúdo em plataformas digitais e na TV aberta, pela TV Encontro das Águas.

Em Manicoré, apenas as escolas urbanas, menos de 10% do total das escolas, fizeram uso dessas estratégias durante o primeiro ano da pandemia. Nas escolas urbanas, foram realizadas aulas remotas por meio de plataformas digitais, vídeos

feitos pelos próprios professores foram disponibilizados aos alunos, assim como os alunos foram orientados a acompanharem as aulas na TV do Projeto Aula em Casa¹⁸. Nas aulas digitais, assim como nos programas destinados à formação dos professores no Projeto, muitas orientações sobre os cuidados para a prevenção da COVID-19 foram transmitidos e debatidos não só com professores e estudantes, mas também com suas famílias. Foram também desenvolvidos conteúdos e orientações específicas de atividades intencionais para as crianças pequenas da Educação Infantil e para os deficientes.

Porém, na área rural de Manicoré, segundo dados do Censo Escolar de 2020, onde residem mais de 75% dos estudantes do município em comunidades rurais, ribeirinhas e indígenas estiveram sem qualquer atendimento educacional. Sem internet, sem sinal da TV Encontro das Águas ou contato com professores em função do isolamento submetido pela pandemia às comunidades, as perdas de aprendizagem e o abandono escolar foram e ainda são a realidade.

A partir de maio de 2021, a SEMED/Manicoré passou a realizar jornadas pedagógicas com professores e gestores, a orientar avaliações diagnósticas preparatórias ao possível retorno presencial e a realizar a priorização do currículo visando mitigar parte dos enormes danos causados ao processo ensino-aprendizagem. Afora isso, são preocupantes os riscos em relação à segurança alimentar de muitas crianças e jovens em função do não acesso à alimentação escolar.

Segundo Relatório conjunto da UNESCO, UNICEF e Banco Mundial (2021)¹⁹, a crise causada pelo fechamento das escolas e a desconexão com estudantes, especialmente das localidades com pouca ou quase nenhuma infraestrutura e conexão digital, exacerbou a desigualdade na educação, e aumentou os desafios para os gestores a fim de evitar que essas perdas na aprendizagem e os danos socioemocionais vivenciados durante esse longo período, se acumulem quando as crianças voltarem para as escolas.

FARMÁCIA VERDE E O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

Uma das ações fortes desde o ano de 2021 no município foi o incremento das atividades da “Farmácia Verde”, ponto de atenção à saúde no território que, com apoio do governo municipal, ampliou suas atividades no Sistema Único de Saúde

18 - Projeto aula em casa Amazonas, disponível em: <http://www.aulaemcasa.am.gov.br/>

19 - O Estado da crise Global da Educação: um caminho para a recuperação. Resumo Executivo. UNESCO, UNICEF, Banco Mundial, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/112461/file/The%20State%20of%20the%20Global%20Education.pdf>

a partir desse ano. A Farmácia Verde teve início no ano de 1995, observando a necessidade da população do município de Manicoré, principalmente as pessoas que chegavam da zona rural para atendimento médico e não eram atendidos por falta de profissionais ou por chegar fora do horário estabelecido para atendimento, um padre local formou uma equipe de mulheres que conheciam sobre plantas medicinais, também chamado de conhecimento da flora amazônica.

Neste primeiro momento, o grupo de mulheres foi integrado à Pastoral da Saúde. Não tinham espaço físico e o aconselhamento do uso das plantas medicinais se dava embaixo das árvores. No ano de 2012 foi institucionalizado como Farmácia Verde, contemplando espaço físico e uma equipe preparada para atender os 14 bairros do município de Manicoré e as 181 comunidades da zona rural. Entre as atividades realizadas estão o atendimento, orientação, Reiki e o biomagnetismo. O atendimento e tratamento partem do método denominado bioenergético que através de lâminas próprias do método e a energia do corpo indicam quais ervas e a quantidade necessária para o tratamento.

Para o tratamento são utilizados chás, garrafadas, florais, lambedores e tinturas. Todas as matérias primas utilizadas para a composição do tratamento são extraídas das ervas, cascas, folhas, sementes e raízes conseguidas através dos ribeirinhos.

Durante a primeira e segunda ondas da pandemia, a Farmácia Verde contribuiu na assistência às pessoas que apresentaram resultado positivo para a COVID-19 com sintomas leves e moderados e pessoas que buscavam alternativas para a melhora da imunidade. Cerca de 15 pessoas foram atendidas diariamente.

As ervas prescritas para auxiliar o tratamento da COVID-19 foram: Embaúba, Jucá, Equinacea, Barbatimão, Eucalipto, Erva Doce, Romã e Babosa. No entanto, apenas através do teste pelo método bioenergético foi feita a dosagem conforme a necessidade de cada pessoa, logo, para cada pessoa, uma prescrição.

Foi utilizado também suco de limão com mel, própolis, copaíba e andiroba, que segundo a Irmã responsável pela Farmácia Verde *"deu uma resposta fantástica e é ótimo para gripe"*. Durante a pandemia houve um aumento nos atendimentos de pessoas com crises de ansiedade, para estes casos, o tratamento consistiu no uso dos Florais de Bach.

A pandemia de COVID-19 fortaleceu a discussão sobre a produção de medicamentos através de plantas e ervas (fitoterápicos) para o enfrentamento de doenças, entre elas o novo Coronavírus (Grana, 2021). O uso de plantas medicinais é parte da história da existência humana (Oliveira Filho, 2021). Em um estudo realizado em escolas, Oliveira *et al.* (2021) reforçam que a utilização de remédios caseiros feitos com ervas tradicionais é passada de forma oral e apresenta-se como relevante no enfrentamento dos sintomas causados pelo vírus da COVID-19.

Figura 27. Imagens da Farmácia Verde, Manicoré, 2021.



Fonte: imagens produzidas pelos autores.

Além das medidas de enfrentamento à pandemia recomendadas pelas normas sanitárias internacionais e com embasamento nas evidências da ciência, o município de Manicoré, a partir do ano de 2021, ampliou as ações de mobilização da população e a Farmácia Viva, que funciona com medidas de proteção dos agentes e da população, representa um esforço de conexão cultural das pessoas com sua saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida no capítulo apresenta os efeitos da pandemia de COVID-19 no município de Manicoré a partir de diferentes fontes documentais e bases de dados do SUS. Cumpre a dupla função de sistematizar conhecimentos no âmbito da etapa inicial da pesquisa *“Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”* e de contribuir com estratégias de produção e análise de dados para o seguimento da pesquisa.

Foram analisados dados relativos aos principais condicionantes e determinantes das condições de vida e saúde no município e especificamente medidas de estrutura, processo e resultado da pandemia sobre as pessoas e o sistema local de saúde do município.

Em termos dos efeitos da pandemia, verificou-se uma redução importante na produção do cuidado na atenção básica, com a redução de diferentes modalidades de atendimento e procedimentos, tanto em Manicoré, quanto na Região de Saúde Rio Madeira, na Macrorregião Leste e no estado do Amazonas como um

todo. A redução dos procedimentos registrados no SISAB é reflexo direto do aumento de casos frente a um contexto de incertezas e das orientações desencontradas do Ministério da Saúde que não priorizou as medidas de proteção dos trabalhadores, postergou orientações relevantes e emitiu normas desconexas sobre o funcionamento seguro dos sistemas locais de saúde. O efeito catastrófico de um país que não implementou medidas de isolamento para a mitigação dos efeitos da pandemia e deixou que essas medidas fossem implementadas pela pressão dos afastamentos do trabalho dos agentes dos serviços e redes de atenção, perdendo o efeito da ação territorial. A não implementação dessas medidas fez com que não houvesse suficiência na proteção física e psicossocial dos trabalhadores da saúde e das áreas essenciais de manutenção da vida, repercutindo em um volume excessivo de mortes, que lançaram o Brasil nos piores indicadores internacionais.

Mas os dados de Manicoré também descrevem um sistema de saúde que, em muitos momentos, apresentou o colapso da sua capacidade funcional e, em outros, a incorporação de medidas que traduzem a disputa enunciativa que se travou na sociedade brasileira, mobilizada por lives presidenciais até agressões e quebra de protocolos éticos e técnicos no cotidiano do trabalho em saúde. A grande expansão de óbitos por causas mal definidas, que caracteriza, ao mesmo tempo, o atestamento inadequado da causa dos óbitos individualmente e um déficit na vigilância epidemiológica dos óbitos, colocou Manicoré em destaque negativo em relação à região, à macrorregião e ao estado do Amazonas como um todo.

Com a mudança da gestão municipal, os indicadores demonstraram uma melhora significativa e estão associados a medidas de gestão e atenção à saúde das pessoas e coletividades. Nesse sentido, a experiência da Farmácia Viva, que teve incremento do apoio municipal, tem o efeito simbólico da expansão do cuidado e da articulação da promoção da saúde com aspectos culturais da população. A potência dos territórios locais na produção do SUS é visível e demonstrada com o compromisso da gestão com a vida e a saúde da população.

A análise aponta a relevância da articulação entre as três esferas de governo na manutenção do SUS, conforme determina a Constituição Brasileira, mas também a crise de civilidade que se expressou de forma mais evidente no cotidiano da vida brasileira. No que se refere aos dados analisados na pesquisa, o divórcio entre a prática profissional e as evidências da ciência, assim como déficits nas ações de educação permanente em saúde como estratégias de desenvolvimento do trabalho no cotidiano, ficaram evidentes. Assim como a relevância de que a pesquisa e a produção de conhecimentos no campo da saúde coletiva tenham a capacidade de diálogo com diferentes fontes de informação.

Ao final, registramos, com base na aprendizagem associada à produção desta análise, a expectativa de que saibamos aprender com a pandemia. O custo, em ter-

mos de vidas perdidas desnecessariamente e os impactos sobre os processos de trabalho em saúde e da produção das vidas no cotidiano, nos impõe que esse ciclo gere saldos civilizatórios para que, no tempo futuro, saibamos enfrentar melhor emergências sanitárias, ambientais e políticas. A cada um de nós, o compromisso com essa produção, que inclui entender o negacionismo do tempo atual como o que, de fato, ele é: um atentado à vida, que alveja, sobretudo, as vidas que estão em maior vulnerabilidade e que, pelo princípio da equidade, deveriam ser mais intensamente cuidadas pelas políticas públicas.

REFERÊNCIAS

Brasil.(2020a). **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm

Brasil. (2020b). **Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020**. Revisão do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde-OMS, em 23 de maio de 2005. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10212.htm#anexo

Ferla, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. (2021). **Saberes Plurais: Educ. Saúde**, 5(2), 81-94. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/119022>.

Ferla, A. A., Trepte, R. F., Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S. & Martino, A. (2016). Os (des)encontros da pesquisa no tempo-espço amazônico: um ensaio sobre produção de conhecimento como abertura à aprendizagem. **Saúde em Redes**, 2(3), 241-261. Recuperado de <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/773>

Grana, Márcia. (2020). **Consumo de remédios caseiros durante a pandemia de Covid revela necessidade de investimento em cadeia produtiva de plantas medicinais no Amazonas**. Disponível em: <https://ufam.edu.br/noticias-destaque/1522-consumo-de-remedios-caseiros-durante-a-pandemia-de-covid-revela-necessidade-de-investimento-em-cadeia-produtiva-de-plantas-medicinais-no-amazonas.html>. Acesso em: 26.jan.2022.

Krenak, Ailton. (2020). **O Amanhã não está à venda**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras.

Manicoré. (2021). **Plano de Contingência municipal de enfrentamento ao COVID-19 em razão da variante Delta.**

Manicoré. (2021). **Plano de Contingência municipal de enfrentamento ao COVID-19 em razão da variante Ômicron.**

Oliveira Filho, Luís Moreira et al. (2021). Os saberes tradicionais e a utilização de plantas medicinais durante o período de pandemia da COVID-19. **Perspectivas em Diálogo: revista de educação e sociedade**, v. 8, n. 18, p. 276-292.

Pasini, C. G. D.; Carvalho, Almeida, L. H. C. A. (2020). Educação híbrida em tempos de pandemia: algumas considerações. **Observatório Socioeconômico da COVID-19**, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/820/2020/06/Textos-para-Discussao-09-Educacao-Hibrida-em-Tempos-de-Pandemia.pdf>

Ferla, Alcindo Antônio. (2020). O desenvolvimento do trabalho na atenção básica como política e como efeito pedagógico inusitado: movimentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. IN: AKERMAN, Marco et al (org). **A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde.** São Paulo: Hucitec. (Série "Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS"). Pág. 94-122.

Santos, Milton. (1994). **Técnica, espaço, tempo.** São Paulo: Editora Hucitec.

IBGE. IBGE Cidades. (2022). **Manicoré/AM.** Acesso em 16/01/2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manicore/panorama>

Minayo, M. C. S.; Deslandes, S.; Ferreira, C. N.O; Gomes, R. (Orgs.). (1994). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes.

PNUD. (2022). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** Manicoré/AM. Acesso em 16/01/2022. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/130270>



O enfrentamento da COVID-19 em Parintins: aprendizagens com e na pandemia

*Elaine Pires Soares
Clerton Rodrigues Florêncio
Luene Silva Costa Fernandes
Solane Pinto de Souza
Rafaela Pantoja Cavalcante
Júlio Cesar Schweickardt*

INTRODUÇÃO



Estamos vivendo a mais importante pandemia da história mundial recente causada por um novo Coronavírus (SARS-CoV-2), com significativo impacto na economia, na saúde pública e na saúde mental de toda a sociedade (Medeiros, 2020). A pandemia da COVID-19 trouxe muitos desafios e reflexões nos diferentes contextos do planeta. A nova doença evidenciou a importância da ciência, de melhores investimentos no serviço de saúde, no trabalho em saúde, em Ciência e Tecnologia e nas relações humanas. Não só as instituições, repartições públicas e governo sofreram o impacto das mudanças por sua alta magnitude, mas também a população em todo mundo viveu momentos de medo e desesperança. As relações humanas foram levadas ao limite.

Tal pandemia foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020 (WHO, 2020). A partir dos primeiros casos identificados em Wuhan na China, vimos o mundo entrar em um verdadeiro colapso. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de importância Internacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID 19).

O Ministério da Saúde do Brasil publicou em fevereiro a Portaria nº 188/GM/MS, que declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN), em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus. O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentou mais um desafio com esta pandemia, foram necessários muitos esforços e agilidade dos gestores de saúde na tomada de decisão, orga-

nização e gestão dos serviços para atender toda demanda advinda neste cenário. Além disso, o investimento no desenvolvimento de capacidades de recursos humanos, com a realização de ações emergenciais de educação para os profissionais da saúde e organização dos processos de trabalho (OPAS, 2021). Assim, o SUS precisou se reorganizar e saiu mais fortalecido com o enfrentamento da pandemia.

Estados e municípios adotaram medidas para conter o avanço da doença: fechamento de escolas e comércios não essenciais; orientação para que os trabalhadores a desenvolvessem suas atividades em casa; fechamento dos limites e divisas de alguns estados e municípios; criação de barreiras sanitárias; orientação pelo isolamento social e uso de máscaras; bloqueio (lockdown) e toque de recolher. As ações de caráter não-farmacológicas foram necessárias, a fim de diminuir a disseminação de um vírus mortal (Oliveira, 2020).

No Estado do Amazonas, a confirmação do primeiro caso ocorreu no dia 13/03. Na ocasião, o município de Parintins elaborou o Plano de Contingência para o enfrentamento do Coronavírus (COVID 19) em consonância com o do estado do Amazonas. Neste contexto, a resposta à pandemia da COVID-19 pode ser subdividida em quatro fases: contenção, que inicia antes do registro de casos em um país ou região; mitigação que inicia quando a transmissão sustentada da infecção já está instalada no país; supressão quando as medidas anteriores não conseguem ser efetivas, seja porque sua implementação não pode ser concretizada de forma adequada e imediata ou porque a redução alcançada na transmissão é insuficiente para impedir o colapso na atenção à saúde; e recuperação quando há sinal consistente de involução da epidemia e o número de casos se torna residual.

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PARINTINS

O município de Parintins localiza-se à margem direita do rio Amazonas, com área de 5.952 quilômetros quadrados com uma densidade demográfica de 19,2 hab/ Km². Faz limite ao norte com os municípios de Nhamundá e Urucará, ao sul com município de Barreirinha, ao leste com o Estado do Pará e a Este com o município de Urucurituba (IBGE, 2020).

A cidade de Tupinambarana está a 369 quilômetros distante da capital, Manaus, em linha reta, e a 420 quilômetros por via fluvial. Significa dizer que o acesso à capital se faz em 15 horas descendo e 27 subindo o rio Amazonas, nos barcos regionais, em camarote ou no balanço de uma rede. Por via aérea, o tempo é de uma hora. O deslocamento por Lanchas rápidas tem a duração de 8 horas, quando se pode ir assistindo filmes sentadas em poltronas e no ar-condicionado. Na Amazônia a distância é medida pelo tempo de deslocamento, principalmente porque os rios são os pontos de conexão entre os lugares (Soares, et. al, 2020).

Parintins possui nove distritos, segundo a Lei Municipal nº. 01/79 de 18 de abril de 1979, que são: Parintins, a sede do município, Vila Amazônia, Mocambo, Zé Açú, Cabury, Sabina (Mamurú), Marajó, Valéria e Tracajá. O município possui uma área de 5.952 Km², e localiza-se sobre formações quaternárias e terraços holocênicos no setor ocidental do Estado do Amazonas (Figura 28). A Ilha Tupinambarana, parte componente do município, de aproximadamente 200 Km de largura, somente na faixa da várzea é na verdade um arquipélago, uma vez que na época da cheia fica entre coberta de lagos, furos, restingas, paranás e igapós. Além do rio Amazonas, destacam-se o rio Mamurú e o Paraná do Ramos.

Figura 28. Mapa do Estado do Amazonas



Fonte: Adaptado do IBGE, 2020

De acordo com dados do IBGE a população do município em 2020 foi estimada em 115.363 habitantes, conforme tabela abaixo e com estimativa de 116.439 habitantes para o ano de 2021. A população concentra-se 68,5% na área urbana e 31,5% na área rural.

Com relação aos aspectos econômicos do município tem sua economia fundamentada no setor primário. A agricultura, pecuária, pesca, avicultura completa a formação econômica deste setor, com peso da ordem de 25 %. O setor secundário desponta como o parque industrial mais desenvolvido no interior do Estado,

sendo expressivo, conta com 1 fábrica de esquadrias metálicas, uma fábrica de peças metálicas, 03 fábricas de gelo, uma fábrica de redes e tapetes, uma usina de beneficiamento de pau-rosa, 8 estaleiros, 6 serrarias, uma olaria, uma Indústria de Polpas de Frutas, uma fábrica de móveis e diversas marcenarias. As indústrias alimentícias, química, vestuário e gráfica, também despontam neste setor.

No setor terciário, Parintins conta com mais de 996 estabelecimentos comerciais, varejistas e atacadistas dos mais diversificados produtos. Possui também hotéis, bares, restaurantes, clubes e estabelecimentos bancários. Nos últimos anos com a magnitude, divulgação e amplitude que ganhou o Festival Folclórico houve um crescimento considerável em relação aos prestadores de serviços, principalmente no que diz respeito a hotéis, cama e café, pousadas, bares e restaurantes. Neste setor concentram-se grande parte da população devido a escassez de emprego na cidade. A mão de obra formal é constituída praticamente pelos funcionários públicos das esferas federal, estadual e municipal. O funcionalismo municipal tem uma renda mensal de um salário-mínimo, e durante o Festival Folclórico (mês de junho) há complementação na renda das famílias. As agremiações folclóricas empregam cerca de 1.500 pessoas diretamente e colaboram para a criação de mais ou menos cinco mil empregos indiretos, principalmente na área de turismo.

O município é composto de 27.274 imóveis na zona urbana, segundo a base do SISPNC, tendo como característica as residências com grandes quintais. Na parte central da cidade há uma predominância de residências em alvenaria e nos bairros casas de madeira, principalmente nos bairros periféricos. Na zona rural estima-se 24.309 imóveis. Nos últimos doze anos o êxodo rural vem ocasionando invasões, notadamente na área sudoeste da cidade. Hoje há uma estimativa de mais de 2.500 famílias morando em condições precárias.

A estrutura de transporte é baseada em transporte fluvial contando com uma frota de aproximadamente 20 embarcações de grande porte que transitam para Capital do Estado Manaus e municípios adjacentes como Nhamundá, Barreirinha, Maués, Boa Vista do Ramos, Uruará, Itapiranga, São Sebastião do Uatumã, e Itacoatiara, bem como municípios pertencentes ao estado do Pará, como Terra Santa, Faro, Juruti, Óbidos, Oriximiná, Santarém e Belém. Utiliza-se bastante as Lanchas Expresso com viagens semanais, diminuindo o percurso da viagem em relação a viagem de barco porque possuem motores de maior potência. Existem também aproximadamente 250 embarcações de pequeno porte realizando o transporte da população das mais diversas localidades da zona rural.

O município atualmente conta com a prestação de serviço de duas Companhias Aérea: uma realiza vôos diários para Manaus, e 2 vezes na semana para Santarém, Altamira, Porto Trombetas, Itaituba e Belém; a outra realiza voos diários para Manaus. Em relação ao transporte terrestre, a população utiliza os serviços

de 97 táxis, 380 moto-táxis e 215 triciclos, não existindo rede de transporte coletivo-ônibus (Parintins, 2020)

SANEAMENTO: TRATAMENTO DE ESGOTO, COLETA E DESTINO DO LIXO E ABASTECIMENTO DE ÁGUA E ENERGIA

Em Parintins a rede de esgoto ainda é insuficiente. Para a coleta de esgotos sanitários (águas negras) são utilizados sumidouros, fossas sépticas e privadas higiênicas, fruto de um trabalho realizado pela Unidade de Saneamento da Prefeitura que promove a doação de materiais para a população de baixa renda. Existem 1720 m de rede de captação de águas pluviais na área do centro da cidade. De acordo com IBGE (2020) o esgotamento sanitário adequado no município é de 19,3%.

O abastecimento de água do município é realizado pelo Serviço Autônomo de Água e Esgoto-SAAE. A captação é efetuada em mananciais subterrâneos através de dezoito poços artesianos com média de 80 metros de profundidade. O tratamento destinado a água é a cloração por contato, e a distribuição segundo o SAAE atinge a 95% dos domicílios na sede municipal.

A Energia que abastece a Cidade de Parintins é oriunda de Usina Termelétrica “Amazonas Energia” que ao longo de décadas é a única fonte de energia que abastece mais de vinte mil imóveis na área urbana além de residências rurais periféricas contempladas com o programa “Luz para Todos”. No entanto, os moradores do município têm o sonho de terem suas residências energizadas com fonte de energia segura e limpa, que é o esperado “Linhão de Tucuruí” que poderá satisfazer as necessidades energéticas do município. Além da expectativa de agregar na economia a implantação de indústrias de vários setores proporcionando alternativas para o desenvolvimento do município.

Com relação à coleta de lixo, este serviço é realizado diariamente utilizando-se carro coletor e os detritos são lançados em aterro controlado. Contudo, a coleta seletiva já teve início no ano de 2007, através de uma Cooperativa de Catadores, implantada com o apoio de acadêmicos da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e Universidade Federal do Amazonas (UFAM), e com doação de equipamentos pelo Poder público.

REDE DE SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM PARINTINS

A estrutura organizacional da Semsa é composta pelas áreas de Gestão, Assistência e Vigilância em Saúde que de forma integrada organizam e operam processo de Atenção à Saúde através da Atenção Básica, Atenção Especializada, Programas e Ações Estratégicas por fase de vida e transversais (Saúde da Criança, Adolescente, Jovem, Adulto, Idoso, Homem e Mulher, Pré-Natal, Vigilância

Alimentar e Nutricional, Bolsa Família, Saúde Mental, Saúde Bucal, Diabetes e Hipertensão, Saúde Prisional, IST-HIV/AIDS/Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase, Vigiágua, Vigilância Ambiental, Zoonoses, Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Programa de Imunização, Combate ao Aedes Aegypti e Malária). Assim, vem implementando o processo de planejamento e execução de estratégias que resultem na melhoria da infraestrutura da rede municipal, para oferecer um serviço ágil e de qualidade para seus usuários.

Na área de Gestão dispõe de Coordenações e Gerências de Atenção à Saúde e Programas e Ações Estratégicas, Coordenação de Finanças - Fundo Municipal de Saúde, Serviço de Planejamento que inclui PLANEJASUS, Gestão Estratégica Participativa - PARTICIPASUS e Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.

A atenção de média complexidade é realizada pelos dois hospitais do município: Pe. Colombo referência para a obstetrícia e pediatria; Jofre Cohen referência para casos de urgência e emergência.

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

O Município conta com 30 equipes do Programa Saúde da Família, sendo que cinco equipes atuam na área rural e uma equipe UBSF. Atualmente há 305 Agentes Comunitários de Saúde, estando 133 na área rural e 172 na área urbana nas Equipes de Saúde da Família (ESF). A Saúde Bucal tem 11 equipes integradas nas ESF. Vale ressaltar, a presença de 03 Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, que possibilita o fortalecimento da Atenção Básica como ordenadora do cuidado e contribui para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção. A cobertura da Atenção Básica é de 83%.

Os profissionais de saúde que trabalham no município, de acordo com o Relatório Anual de Gestão (RAG, 2020), são os seguintes: 57 médicos, sendo 6 estatutários, 51 autônomo e 13 do Programa Mais Médicos (PMM), 71 enfermeiros, 123 profissionais de nível superior, 412 de nível médio e 301 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Vale ressaltar, que no período da pandemia foram contratados temporariamente 338 profissionais, sendo: 36 técnicos de enfermagem, 16 técnicos em análise clínica ;08 técnicos administrativos; 24 enfermeiros; 01 farmacêutico; 32 fiscais sanitários; 02 motoristas; 08 bacharéis em saúde coletiva; 07 técnicos em radiologia; 69 outras funções; 38 vigias; 01 assistente social; 01 fisioterapeuta; 50 pessoas para equipe da prevenção (itinerante). Estes foram distribuídos em setores da Atenção Básica, Atenção especializada e Vigilância em Saúde (RAG, 2020).

No município a rede Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS - Pública, Conveniada e Privada - totaliza 35 estabelecimentos de saúde (Quadro 8), a rede pública municipal de saúde possui 28 estabelecimentos, sendo na zona rural

(Quadro 9) e ainda o Hospital Padre Colombo, Laboratório Bio Exames, Laboratório Renascer, Clínica de Diagnostico e Imagens - CDI, vinculados à rede por meio de convenio.

Quadro 8. Redes Física de Saúde de Parintins por tipo de Gestão e Natureza Jurídica

TIPO DE ESTABELECIMENTO	TOTAL	TIPO DE GESTÃO		
		MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL
CENTRAL DE GESTÃO EM SAÚDE	1	1	0	0
CENTRAL DE REGULAÇÃO DO ACESSO	1	0	1	0
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1	1	0	0
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	16	16	0	0
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	2	2	0	0
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICA - CAF	1	1	0	0
CENTRAL DE RESGATE	1	1	0	0
CENTRAL DE RESGATE	1	1	0	0
HOSPITAL GERAL	2	2	0	0
POLICLINICA	1	1	0	0
TELESSAÚDE	1	1	0	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	2	2	0	0
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA - DSEI	1	0	0	1
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	3	3	0	0
TOTAL	35	34	1	0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Relatório Anual, 2020.

Quadro 9. Redes Física de Saúde de Parintins por tipo de Gestão e Natureza Jurídica

CNES	NOME DO ESTABELECIMENTO	LOCALIZAÇÃO	
		URBANO	RURAL
7768478	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PAULO PEREIRA	X	
3112837	CENTRO DE SAÚDE CASSIANO CARMO		X
6898165	CENTRO DE SAÚDE MARIA DO CARMO		X
6366538	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALDRIN VERCOSA	X	
2016796	CENTRO DE SAÚDE DR TODA	X	
2016826	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DARLINDA RIBEIRO	X	
3436896	CENTRO DE SAÚDE MOCAMBO DO ARARI		X
2016877	CENTRO DE SAÚDE IRMÃO FRANCISCO GALIANNI	X	
3518876	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MÃE PALMIRA	X	
7768486	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DOM ARCÂNGELO CERQUA	X	
3090825	CENTRO DE SAÚDE PADRE FRANCISCO LUPINO		X

5602041	UUNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA TIA LEO	X
	UBS BAIRRO DA UNIÃO	X
2016818	CENTRO DE SAÚDE WALDIR VIANA	X
9564624	UBS FLUVIAL DE PARINTINS LÍGIA LOYOLA	X
3112845	CENTRO DE SAÚDE DENIZAL PEREIRA	X
7616031	UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSSES DE PARINTINS	X
3210243	HOSPITAL REGIONAL DR JOFRE DE MATOS COHEN	X
6750524	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO JAIR ARLOTA JÚNIOR	X
2016869	VIGILÂNCIA SANITÁRIA	X
2016850	LABORATORIO REGIONAL MATHEUS PENNA RIBEIRO	X
3443825	CEO RAIMUNDO GONÇALVES NINA FILHO	X
5756251	POLICLINICA MUNICIPAL PADRE VITÓRIO	X
3632067	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL ADOLFO LOURIDO	X
6441289	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARINTINS	X
3957616	COORDENADORIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE	X
9157174	CENTRO DE TELEMEDICINA E TELESSAUDE	X
9260528	UNID. DE COLETA E DISTRIBUIÇÃO DE SANGUE AMILCAR MONTE REY	X

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Relatório Anual, 2020.

O referido relatório também aponta que algumas doenças infecciosas e parasitárias tornaram-se o primeiro lugar na causa de morbidades no município de Parintins. A causa mais recorrente foi a contaminação pelo novo Coronavírus que culminou com a internação hospitalar da COVID-19. Seguidos de doenças do aparelho digestivo, respiratório, geniturinário e circulatório. Outra causa relevante continua as internações por gravidez, parto e puerpério. Vale destacar, os dados sobre causas externas, lesões e envenenamentos que reduziram, relacionados ao ano anterior.

Quanto às três causas mais relevantes de mortalidade destacam-se: Doenças do aparelho circulatório, principalmente ligada a hipertensão arterial, seguidas de causas externas e neoplasias.

O município mantém as ações preventivas e tratamento básico para as doenças no período inicial, contudo o acesso aos serviços de alta complexidade, localizada na capital Manaus, para a resolutividade dos casos, contribui para o aumento dos casos, principalmente no que se refere ao tratamento das neoplasias e doenças cardiológicas. Quanto aos agravos, os desafios estão em fazer ações em parcerias efetivas com órgãos de controle e segurança.

Parintins possui na sede do município 10 unidades básicas de saúde e 01 unidade básica de saúde fluvial, além de 05 unidades de saúde na zona rural. Nesse período essas unidades foram reorganizadas para atender as demandas

de sintomáticos respiratórios casos leves e moderados.

As UBS Dr. Toda localizada no bairro Francesa zona leste da cidade, UBS Mãe Palmira localizada no bairro Paulo Correa zona norte e UBS Fluvial Ligia Loyola ancorada na rampa do Mercado no centro da cidade, foram as UBS referências para pacientes sintomáticos respiratórios.

A UBS União localizada no bairro da União zona norte e o Bumbódromo localizado no Centro da cidade eram as referências para os atendimentos urgências e emergências básicas. Permanecendo a UBS Tia Leó como referência para o Pré-Natal de Alto Risco.

As demais unidades ficaram apenas com funcionamento interno e seus profissionais remanejados para os serviços de referência. Foram resguardados os profissionais considerados grupos de riscos e todos os agentes comunitários de saúde.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO COVID-19, PARINTINS

O cenário epidemiológico da COVID 19 em Parintins tem sua análise realizada de acordo com as semanas epidemiológicas, quinzenal com apresentações nas Reuniões do Comitê de Enfrentamento à COVID 19.

O município de Parintins de março de 2020 a junho de 2021 totalizou 43.510 casos notificados com 9.962 (22,9%) casos positivos de COVID, uma participação em nível de Estado de 2,54% de positividade. Dos casos notificados, foram descartados 33.548 (77,1%) casos e tratados 9.331 (21,4%) casos (altas hospitalares e altas de isolamento domiciliar) e óbitos 354 (0,81%) (Tabela 11). A incidência, dados acumulados, demonstra 8.635 casos positivos /100.000 habitantes.

Tabela 11. Informações COVID, Mar/ 2020 –Jun/ 2021, Parintins.

Casos Notificados	43.510
Casos Positivos	9.962
Casos Descartados	33.548
Casos Tratados SRAG/COVID	9.331
Casos Internados SRAG/COVID	2.667
Nº Óbitos	354
Incidência de casos*	8.635/100.000 hab
Coef. Mortalidade SRAG COVID*	306,8/100.000 hab
Letalidade SRAG COVID	3,55

Fonte: SEMSA/ CVS/Vigilância Epidemiológica/SIVEP GRIPE
 *Informações de Mar/2020-Jun/ 2021- Dados sujeitos à alteração.
 Boletim Epidemiológico - Dados acumulados.

No que tange ao ano de 2020, Parintins registrou 26.053 casos notificados com 7.246 casos positivos de COVID, uma participação em nível de Estado de 2,73% de positividade. A incidência, dados acumulados, demonstram 6.281 casos positivos /100.000 habitantes (Figura 29).

Figura 29. Boletim Epidemiológico - COVID 19, Parintins.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - COVID19 /PARINTINS(AM)						
Evolução Mensal, Dados Absolutos – Jan/2020 a 30/06/2021						
Mês	Positivos	Óbitos	Inter*	UCI*	Alta Isol	Alta Hosp
Jan	0	0	0	0	0	0
Fev	0	0	0	0	0	0
Mar	3	1	1	1	0	0
Abr	176	12	91	20	19	44
Mai	1139	45	198	35	586	130
Jun	1290	20	173	26	1208	168
Jul	830	21	146	35	702	122
Ago	657	12	195	43	699	143
Set	1073	16	216	37	675	150
Out	1102	17	159	34	1121	118
Nov	482	10	87	26	631	54
Dez	494	8	123	37	350	85
Jan	753	38	458	64	517	237
Fev	464	75	397	60	256	261
Mar	750	43	212	49	196	173
Abr	461	23	130	36	302	140
Mai	202	10	50	11	111	39
Jun	86	3	31	13	46	22
Total	9962	354	2667	527	7419	1886

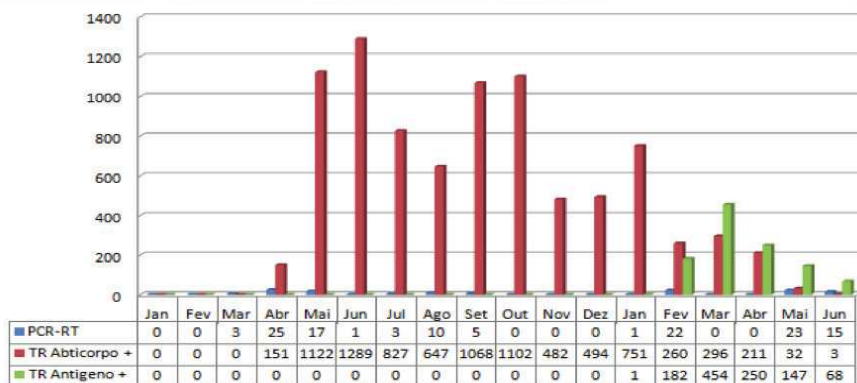
Fonte: SEMSA/CVS/Vigilância Epidemiológica/SIVEP GRIPE

*Informações de Mar/2020-Jun/ 2021- Dados sujeitos à alteração.

Boletim Epidemiológico - Dados acumulados.

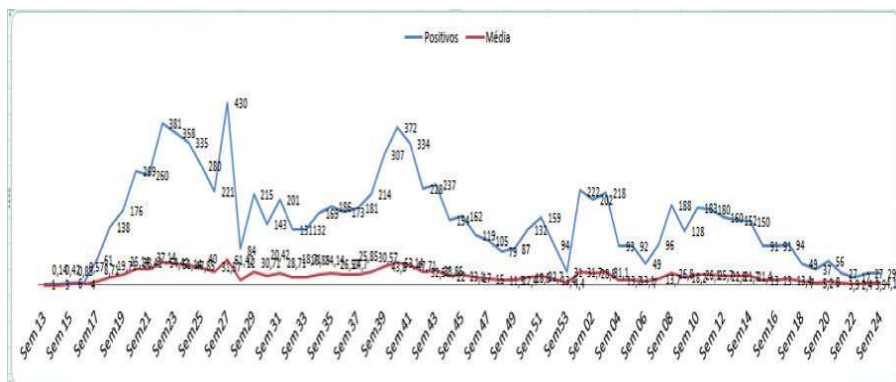
O município realiza o diagnóstico da doença através de testes rápidos de detecção de anticorpos e antígenos, exames de tomografia computadorizada disponibilizada pela Gestão Municipal e exames PCR/RT (disponibilizado pelo Estado em pouca quantidade e com resultado em média de 7 dias).

De março/2020 a junho/2021 foram realizados 42.806 testes rápidos de detecção de anticorpos e 480 exames de PCR/RT, com 9.840 casos positivos diagnosticados por teste rápido (8.735 testes anticorpos e 1.105 testes antígenos) e 125 casos positivos detectados por PCR/RT (Gráfico 20).

Gráfico 20. Evolução mensal Testagem - Mar/2020-Jun/2021, Parintins, Am.

Fonte: SEMSA/CSV/Vigilância Epidemiológica/SIVEP GRIPE
 *Informações de Mar/2020-Jun/ 2021- Dados sujeitos à alteração.
 Boletim Epidemiológico - Dados acumulados.

A positividade de casos se manteve presente no período, os meses de junho e outubro de 2020 apresentaram maior incidência 1.290 e 1.102 casos respectivamente. Em 2021, os meses de janeiro e março de 2021 denotaram a positividade da “segunda onda” com 753 e 750 casos positivos respectivamente. O gráfico 21 demonstra o monitoramento por semanas epidemiológicas, a variação da curva e o decréscimo de casos.

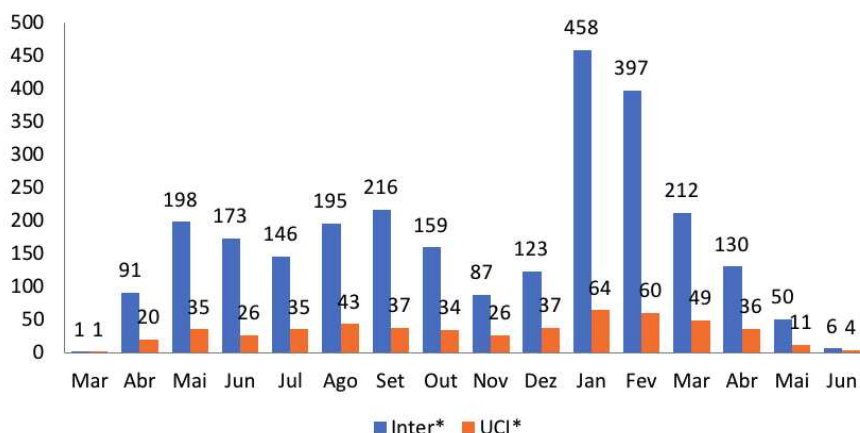
Gráfico 21. Evolução casos positivos X Semanas Epidemiológicas, mar/2020-jun/2021, Parintina, Am.

Fonte: SEMSA/CSV/Vigilância Epidemiológica/SIVEP GRIPE
 *Informações de Mar/2020-Jun/ 2021- Dados sujeitos à alteração.
 Boletim Epidemiológico - Dados acumulados.

A pandemia no município teve variações no aspecto da gravidade da doença. Os casos que no início da pandemia “*primeira onda*” apresentavam características e sintomatologia leve e branda e na maioria dos casos assintomáticos, com tratamento e isolamento domiciliar, na “*segunda onda*” apresentaram sintomatologia grave, letal, necessitando de internações (que aumentaram expressivamente a partir do mês de janeiro de 2021) (Gráfico 21), cuidados intensivos com suporte ventilatório, ventilação mecânica, intubação oro-traqueal, assim como transferência para tratamento fora do domicílio na capital do Estado e em outras capitais do Brasil.

Na avaliação epidemiológica demonstra que o mês de janeiro de 2021 apresentou aumento significativo com 458 internados em relação ao mês de setembro de 2020, com 216 internados, acréscimo de 49% de internados (Gráfico 22). Na Unidade de cuidados intermediários o mês de janeiro internou 64 pessoas, apresentando também aumento nos casos em relação ao mês de agosto de 2020 com 47 pessoas internadas e que necessitaram de cuidados intensivos, representando um acréscimo de 65%.

Gráfico 22. Número absoluto de internações por SRAG/COVID, UCI, Parintins, Am, Marco/ 2020- Junho/ 2021.



Fonte: SEMSA/CVS/Vigilância Epidemiológica/SIVEP GRIPE
 *Informações de Mar/2020-Jun/ 2021- Dados sujeitos à alteração.
 Boletim Epidemiológico - Dados acumulados.

Parintins no período de março de 2020 a junho de 2021 totalizou em números absolutos de 354 óbitos, com uma letalidade de 3,55% e um coeficiente de mortalidade de 306,8/100.000 habitantes. Na avaliação epidemiológica demonstra que o mês de fevereiro de 2021 foi o ápice da ocorrência com 75 óbitos em

valores absolutos, em relação ao mês de maio de 2020 com a ocorrência de 45 óbitos em parintinenses, um aumento de 80%. Os meses de março e abril, denotam redução com 43 e 23 óbitos por COVID respectivamente e o mês de junho se encerra com 0 óbitos.

AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19: LINHA DO TEMPO

O município de Parintins apresenta uma linha do tempo demonstrando todas as ações desenvolvidas e a reorganização/reestruturação dos serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia. De acordo com o Relatório Anual de Gestão (2020) a ocorrência da primeira notificação de caso suspeito de COVID-19, no dia 27 de fevereiro de 2020 (adulto, 36 anos, sexo feminino, oriunda viagem Bahia e em contato com namorado cuja nacionalidade Chinesa veio ao Brasil para o Carnaval), com resultado não detectável através de exame PCR/RT realizado do Laboratório Central do Amazonas -LACEN. No dia 11 de março ocorre a notificação do segundo caso suspeito (criança, 02 anos, sexo masculino, oriundo de viagem Miami) de COVID-19, com resultado não detectável através de exame PCR/RT.

No dia 03 de março, do mesmo ano, ocorreu a participação do município com os órgãos do estado, Fundação de Vigilância em Saúde (FVS), ANVISA, SEMSA Manaus para a construção do Plano de Contingência para o enfrentamento do Coronavírus (COVID 19) no estado do Amazonas. Os trabalhadores do município participaram da Capacitação dos Protocolos do Coronavírus (COVID 19) para a Vigilância Epidemiológica e Núcleo Resposta Rápida, Vigilância Sanitária (Porto e Aeroporto), Monitoramento e Investigação de casos, Vigilância Laboratorial (Coleta e diagnostico). Nesse momento, foi implantado o Comitê de Enfrentamento a Pandemia.

Ainda no mês de março ocorreram capacitações em Manejo do Atendimento aos casos suspeitos de Síndrome gripal com profissionais de saúde da rede de saúde do município de Parintins em parceria com FVS e aprimora-se o monitoramento dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG notificados pelas unidades notificadoras e a devida inserção no Sistema de informação da Gripe - SIVEP - Gripe, para a resposta em tempo hábil;

Houve também a implantação do painel de monitoramento do novo Coronavírus (2019-nCoV) da Sala de Situação de Vigilância em Saúde e a elaboração e divulgação de Boletim epidemiológico diário.

No mês de março, ainda ocorreu a primeira Reunião Institucional com todos os gestores de UBS e equipe técnica da SEMSA para as orientações e ações a serem desenvolvidas para o enfrentamento da Pandemia. Assim como a primeira Reunião Interinstitucional, envolvendo todas as Secretarias e os órgãos fiscalizadores, de

controle, de defesa e parceiros para a Implantação do Comitê de Enfretamento da COVID-19 em Parintins. Como produto desta reunião ocorreu a Publicação do Decreto N° 014 no dia 16 de março de 2020, que declara Situação de Emergência em Saúde Pública no Município de Parintins, em razão da Pandemia de Doença infecciosa, viral respiratório, causada pelo novo Coronavírus. No dia 16 de março de 2020 foi publicado o Decreto Municipal N° 015, que regulamenta sobre a adoção de medidas temporárias para enfrentamento da emergência em saúde pública no município, decorrente da pandemia provocada pelo COVID-19:

Art. 3.º Ficam suspensos, no âmbito do município de Parintins, pelo prazo de 30 (trinta) dias:

I - eventos, de qualquer natureza público ou privado, governamentais, esportivos, artísticos, culturais, políticos, científicos, comerciais, religiosos e outros com concentração próxima de pessoas, com público superior a 100 (cem) pessoas;

II - Nas situações em que não for possível o adiamento ou cancelamento devem ocorrer com portões fechados, sem a participação do público.

III - As reuniões que envolvam população de alto risco para doença severa pelo Corona vírus, como idosos e pacientes com doenças crônicas, devem ser canceladas.

IV- Os programas sociais voltados aos idosos;

V- A ancoragem de navios no Porto Central de Parintins atendendo a recomendação e/ou orientação do Ministério da Saúde e Ministério Público da comarca de Parintins.

VI - As visitas nos hospitais e sistema prisional.

a) Nos hospitais, só será permitido o acompanhamento ao paciente de 01 (uma) pessoa pelo período máximo de 12 (doze) horas.

VII- Estão suspensos a expedição de alvarás pelo Poder Público municipal para eventos constantes do art. 3.º, I.

O Decreto também estabeleceu medidas de higienização de superfície e disponibilização de álcool em gel 70% para os usuários de locais de grande circulação de pessoas, tais como: terminais portuários, aeroporto, lojas e comércio em geral. Além disso, de indicações especificamente para serviços de alimentação, tais como restaurantes, lanchonetes e bares, como a organização das mesas a distância mínima de um metro e meio entre elas. E ainda a suspensão de viagens de servidores municipais, das aulas na rede de ensino pública e privada, de eventos esportivos no município de Parintins com participação de público (Parintins, 2020).

O Decreto N° 016, publicado no dia 16 de março de 2020, nomeou o Comitê de enfrentamento ao Coronavírus COVID-19. Ocorreu também, a elaboração do Plano de Enfrentamento para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde e Assistência: na Atenção Primária em Saúde e na Atenção Especializada.

A reorganização dos Hospitais Jofre Cohen e Padre Colombo contaram com as seguintes orientações: Hospital Pe. Colombo ficou como referência para Urgência e Emergência; Hospital Jofre Cohen ficou como referência para casos suspeitos e confirmados para COVID-19.

A Rede Laboratorial ficou definida como referência o Laboratório Vigilância em Saúde para coleta de amostra de PCR/RT para diagnóstico de COVID19. Foram implantadas 03 Unidades como Referência de Síndromes Respiratórias (UBS Dr. Toda, UBS Mãe Palmira e UBS Fluvial), 01 Unidade para atendimento de ambulatorial de segunda a sexta-feira de 07 horas às 17 horas (UBS União) e 01 Unidade de Pronto Atendimento de 24h (Bumbódromo).

Além disso, foram implantadas as seguintes ações e serviços: Posto de atendimento da Vigilância Sanitária no Porto de Parintins; Disk Denúncia e Tire suas dúvidas sobre o COVID-19.

No dia 19 de março foi notificado o terceiro caso suspeito (adulto, 50 anos, sexo masculino, oriundo de Manaus) de COVID-19 com resultado detectável através de exame PCR/RT no dia 22/03. No dia 20 de março de 2020 foi publicado o Decreto Municipal N° 017 que regulamentava sobre a adoção de medidas temporárias para enfrentamento da emergência em saúde pública no município, dentre as principais a suspensão das atividades escolares da rede pública municipal e privada. O Decreto Municipal N°017 C que declara Estado de Calamidade Pública no dia 23 de março de 2020. O Decreto Municipal N°018 que regulamenta as medidas complementares de enfrentamento a pandemia no dia 24 de março de 2020.

No dia 21 de março ocorreu a primeira transferência através de Aero médico para a capital do Estado, Manaus. E, no dia 22 de março primeiro óbito em Parintins e no Amazonas vítima de COVID-19. Neste contexto, ocorreu a publicação do Decreto N° 018 no dia 23 de março de 2020 declara em situação anormal, caracterizada como *“situação de emergência”* nas áreas do município com a suspensão de:

I - Eventos, de qualquer natureza, público ou privado, governamentais, esportivos, artísticos, culturais, políticos, científicos, lazer, comerciais, religiosos e outros com concentração de pessoas em locais abertos ou fechados;

II - Nas situações em que não for possível o adiamento ou cancelamento devem ocorrer com portões fechados, sem a participação do público.

III - Os programas sociais voltados aos idosos.

IV - A ancoragem de navios no Porto Central de Parintins, atendendo a recomendação e/ou orientação do Ministério da Saúde e Ministério Público da comarca de Parintins.

V - As visitas nos hospitais e sistema prisional.

No dia 25 de março de 2020 é publicado o Decreto N° 019 que dispõe sobre o toque de recolher no perímetro urbano do município de Parintins e dá outras providências. O Art. 1º Fica instituído no município de Parintins, AM pelo prazo de 14 dias, podendo ser prorrogado, o toque de recolher a partir do dia 25 de março, das 20:00 h às 06:00h no perímetro urbano, sob pena de multa no valor de R\$300,00 reais.

O município acompanhou com muita preocupação a publicação da Nota Técnica Conjunta N°008/2020- FVS/AM/SUSAM que alertava sobre critérios de casos suspeitos do novo Coronavírus, a COVID19, considerando a transmissão no Brasil.

Com a implantação do Comitê de Enfrentamento através de decreto municipal foi realizada a primeira Reunião do Comitê para deliberação das medidas de prevenção e acompanhamento das ações com apresentação do Cenário Epidemiológico COVID-19 Parintins pela Vigilância em Saúde. É decretado Toque de Recolher através do Decreto Municipal N° 019 de 25 de março de 2020.

Por conseguinte, no mês de abril, os hospitais de Parintins, Padre Colombo e Jofre Cohen, receberam da Prefeitura de Parintins equipamentos para que de imediato iniciassem suas atividades de Telessaúde, pois, durante a Pandemia a Teleconferência em parceria com a UEA e UFAM foi uma das estratégias para atendimento de pacientes que necessitavam de especialistas na área de cardiologia, oncologia, endocrinologia entre outras.

Visando a prevenção e controle da doença, o município decretou uso obrigatório de máscara pela população parintinense com a publicação do Decreto N° 027 no dia 13 de abril de 2020 e através do Decreto N° 029 no dia 14 de abril de 2020 suspende pelo prazo de 20 (vinte) dias, a contar de 15 de abril de 2020, as atividades de decolagem e aterrissagem comerciais de transportes de passageiros, ressalvado as atividades relacionadas ao transporte de cargas e passageiros que atendam a serviços essenciais. O município publica os Procedimentos para caso suspeito identificado a bordo de Embarcação e implanta equipe de fiscalização no Porto.

A Secretaria Municipal de Saúde faz aquisição de equipamentos de proteção individual para toda a Rede de serviço de saúde do município e a doação de monitores multiparâmetros. Dentre as medidas pautadas no Plano de Enfretamento, ocorre a contratação de profissionais para a assistência e ações de Vigilância. A

Secretaria Municipal de Saúde também direciona UBS Tia Leó como Unidade de Referência para Pré-Natal de Alto Risco. Ocorre também a Triagem Neonatal em domicílio com apoio do Odontomóvel, com consulta de enfermagem, triagem neonatal, imunização influenza e teste da orelhinha.

A partir da publicação Nota Técnica N°16/2020 no dia 18 de abril de 2020, que trata da utilização dos testes rápidos para SARCOVS-2 na rede de saúde e segurança pública do interior do Amazonas, o município realiza a ampliação da Rede Laboratorial para teste rápido com o Laboratório do Hospital Padre Colombo, Laboratório do Hospital Jofre Cohen, Laboratório Matheus Penna Ribeiro e Laboratório da Vigilância em Saúde.

Visando intensificar as medidas de prevenção e evitar o potencial de transmissibilidade da COVID-19, o município de Parintins foi o primeiro a utilizar o serviço de higienização de ambientes como ruas, logradouros e UBS. Ao mesmo tempo, que realizou a aquisição do aparelho BIPAP, utilizado juntamente com a cápsula de isolamento, diminuindo significativamente a dispersão de aerossóis em paciente internados.

Parintins recebeu a doação de Gasômetro através da parceria do Tribunal Regional do Trabalho da 11ª região, através articulação do Ministério Público do Trabalho e Defensoria Pública do Estado do Amazonas e a doação de Equipamentos bioquímicos O donativo foi uma ação conjunta entre os grupos Baratão da Carne e Moto Peças João Alfredo. Recebeu também, a doação pela Gráfica João XXIII da Cápsula de Hood, e equipamentos de proteção individual e viseiras em um esforço conjunto e parcerias no enfrentamento da pandemia.

As Emendas Parlamentares permitiram que o município fizesse a aquisição de duas ambulâncias e implantou a Central de Resgate. E com o processo de reestruturação da rede de saúde, a aquisição de medicamentos e insumos químicos cirúrgicos e material de limpeza em alta escala, para suprir a iminência de aumento de casos de COVID-19.

No mês de maio, a Prefeitura de Parintins recebeu dois ônibus, fortalecendo as ações de combate a COVID-19, ocorrendo também a Implantação da Equipe Itinerante com a contratação de uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma assistente social e um motorista para atendimento domiciliar de pacientes suspeitos de COVID-19. Foi realizado também o atendimento social como entrega de cestas básicas as famílias acometidas pela doença. Dentre as ações realizadas pelo município, o Banco de Sangue fez busca em domicílio dos doadores para doação de sangue, uma forma de manter o estoque de bolsas.

A Secretaria Municipal de Assistência Social e Trabalho realizaram a confecção de máscaras para a população de baixo poder aquisitivo e residentes em

bairros oriundos de ocupação. A ação foi em parceria com a SEMSA, sendo distribuição realizada pela Equipe Prevenção da Vigilância em Saúde. Outra ação conjunta foi a imunização da Influenza H1N1 aos deficientes, com vacinação a domicílio em cadeirantes, TEA, TDAH e outras síndromes.

As equipes da Estratégia Saúde da Família, equipe itinerante e Equipe da Vigilância em Saúde realizaram monitoramento e busca ativa aos idosos, visto o cenário epidemiológico apontar incidência de positividade, com internação e óbito (80%) na população idosa.

A Equipe da Vigilância em Saúde realizou visitas e monitoramento na zona rural com testagem, busca ativa de casos e orientações. Outra ação de relevância realizada foi a atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com ampliação dos serviços de atendimento psicológicos, acompanhamento por Call Center; vídeos de motivação destinados aos profissionais e população em geral.

Foram realizadas ações de atendimento as pessoas privadas de liberdade, com testagem, imunização H1N1, consultas, avaliações e distribuição da medicação do protocolo de tratamento da COVID-19 do município.

A Prefeitura de Parintins por meio da Secretaria de Saúde e Hospital Padre Colombo, unidade referência em obstetrícia, adotou estratégia de testar todas as grávidas ao dar entrada no hospital, e caso estivessem contaminadas, foram separadas das demais, na Sala Rosa. Neste mês ainda, ocorreu a realização do primeiro parto cesáreo de mãe positiva para COVID-19.

A Secretaria Municipal de Saúde intensificou a aquisição e distribuição de Medicamentos e insumos para o enfrentamento do Novo Coronavírus. Ocorreu também, a ampliação da Rede de Laboratórios para testagem rápida: Laboratório Padre Vitorio (idosos, gestantes, deficientes) e Laboratório Estação Cidadania (população em geral). As Reuniões mensais do Comitê de Enfrentamento para deliberação das medidas de prevenção e acompanhamento das ações seguiram ocorrendo com apresentação do Cenário Epidemiológico COVID-19 Parintins pela Vigilância em Saúde.

No mês de junho, a Prefeitura de Parintins adquiriu uma remessa de equipamentos de proteção individual para utilização nos hospitais e UBS sendo referência no interior do Estado na disponibilidade. Neste mês ocorreu a reunião do Comitê de Enfrentamento com a deliberação das medidas de prevenção e pactuação entre seus integrantes e desta forma prorroga o Toque de Recolher, através do Decreto N° 051/2020-PGMP no dia 15 de junho de 2020, dispõe sobre a Prorrogação do Toque de Recolher e dos Efeitos dos Decretos Municipais N° 017/2020-PGMP, N° 018/2020-PGMP E N° 029/2020-PGMP e das outras providências. Neste mês ocorre ainda, a ampliação de leitos hospitalares para pacien-

tes COVID-19, passaram de 85 para 95 leitos clínicos destinados a pacientes que necessitam de cuidados médicos em combate à COVID-19.

A Prefeitura Municipal de Parintins realizou a instalação de tanque de oxigênio no Hospital Jofre Cohen para a capacidade para 2.427 metros cúbicos de oxigênio o que assegura quantidade suficiente e qualidade para o tratamento dos infectados, iniciando o processo de Implantação de 10 Leitos de UTI, sendo pioneiro no estado do Amazonas, com recursos oriundos da antecipação de parte do Imposto Sobre Serviço (ISS) que a Celeo Redes Brasil repassará ao município. E a Secretaria Municipal de Saúde implanta o *Disk Saúde* nas UBS para fortalecer o atendimento à população com agendamentos de consultas, demais serviços e orientações (Figura 30).

Figura 30. Banner de divulgação do Disque Saúde Parintins

ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES				
UBS DR. TODA Francesa (92) 99495-4946 Síndromes Respiratórias	UBS MÃE PALMIRA Paulo Correa (92) 99166-7745 Síndromes Respiratórias	BUMBÓDROMO Centro (92) 99536-1057 Atendimento Geral e Urgências Atendimento 24h	UBS WALDIR VIANA São Benedito (92) 99510-1521 - Atend. médico para RNs encaminhados; - Vacina; - Dispensação de medicamentos;	UBS PAULO PEREIRA Santa Rita (92) 99166-7745 - Vacina - Dispensação de medicamentos - Aferição de Pressão arterial e glicemia
UBS DOM ARCÂGELO São Vicente (92) 99169-1709 - Vacina - Dispensação de medicamentos - Aferição de Pressão arterial e glicemia	UBS DARLINDA RIBEIRO Palmares (92) 99240-2890 - Vacina - Dispensação de medicamentos - Aferição de Pressão arterial e glicemia	UBS TIA LEÓ Djard Vieira (92) 99465-1933 - Dispensação de medicamento; - Atend. Gestantes; - Vacina Gestantes; - Pré-natal de alto risco; - Atend. odontológicos;	UBS ALDRIN VERÇOSA Itaúna II (92) 99465-1933 - Vacina; - Dispensação de medicamentos; - Atend. as Gestantes; - Início de Pré-natal; - Atend. odontológicos;	UBS UNIÃO União (92) 99169-6351 - Atendimento gerais; (Vômito, diarreia, dor abdominal)

Fonte: Semsa Parintins, 2021.

No mês de junho ocorreram as reuniões quinzenais do Comitê de Enfrentamento para deliberação das medidas de prevenção e acompanhamento das ações com apresentação do Cenário Epidemiológico COVID-19 Parintins pela Vigilância em Saúde. Houve consenso entre os pares que compõe o referido Comitê, pela publicação do Decreto N° 055/2020-PGMP no dia 25 de junho de 2020. O Decreto dispõe sobre a prorrogação e alteração do Toque de Recolher e dos Efeitos dos Decretos Municipais N° 017/2020-PGMP, N° 018/2020-PGMP e N° 051/2020-PGMP e das ou-

tras providências. Ocorreu, nesse mês, o início do Ciclo de Regras de Flexibilização. A publicação do Decreto N° 057/2020-PGPMP no dia 30 de junho de 2020, prorroga os efeitos do Decreto N° 027/2020-PGPMP e dá outras providências.

A publicação do Decreto N° 060/2020/GPMP no dia 10 de julho de 2020, que dispõe sobre a prorrogação do Toque de recolher e a flexibilização dos efeitos dos Decretos Municipais N° 017/2020 PGMP e N° 018/2020 PGMP e dá outras providências. Nesta reunião ocorreu a apresentação das Regras de Flexibilização, descritas a seguir:

Quadro 10. Etapas das Regras de Flexibilização dos efeitos dos Decretos Municipais N° 017 e 018/2020.

Etapa	Ações
10 a 24 de julho	- Idosos devem permanecer em casa; - Transporte de passageiros permitido com a lotação máxima de 50% nos barcos e 100% nas lanchas; - Permitidas as aulas presenciais de Ensino Superior, Técnico, Profissionalizantes e similares com 50% de ocupação das salas, seguindo regramento específico; - Permitidos Atividades Religiosas com 50% de capacidade e tempo não superior a uma hora, seguindo regramento específico (sendo proibida a presença de pessoas idosas); - Casas de shows e eventos proibidos de funcionar; - Permitido o funcionamento de restaurantes, lanchonetes e similares com 50% de ocupação, seguindo regramento específico; - Reabertura de academias com 50% de ocupação, seguindo regramento específico. - Manutenção das medidas de desaglomeração nos Bancos; - Manutenção da obrigatoriedade do uso de máscaras; - Manutenção do toque de recolher das 22h às 05h do dia seguinte;
25 a 31 de julho	- Idosos devem permanecer em casa; - Casas de show e eventos proibidos de funcionar; - Manutenção das medidas de não aglomeração nos Bancos; - Manutenção do toque de recolher - das 22h às 05h do dia seguinte.
A partir de 01 de setembro	- Retorno às atividades normais, porém mantém-se a obrigatoriedade da higienização, barreiras físicas e distanciamento, campanhas midiáticas sobre higiene e combate ao vírus e o controle nos portos e aeroportos pela Vigilância sanitária. As Instituições de ensino deveriam continuar com as restrições recomendadas pela Secretaria de Saúde e com ocupação limitada a 50%. Shows e eventos só poderão ser realizados com autorização da Vigilância de Saúde após vistoria do local, respeitando todas as regras de distanciamento e higienização. Recomendação para idosos e pessoas com comorbidades não participarem de aglomerações, reuniões e shows.

Fonte: Semsa Parintins, 2021.

O documento também previu condições para manutenção do Plano de Flexibilização que versavam sobre a avaliação dos indicadores descritos a seguir:

1. Média semanal de pessoas positivas aumentar em 30%;
2. Média semanal de ocupação de leitos hospitalares atingir 60%;
3. Média semanal de óbitos superior a 1,5;
4. Outro indicativo negativo apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Ao longo das etapas os órgãos municipais ficaram responsáveis por fiscalizar os empreendimentos para assegurar o cumprimento dos regramentos específicos, principalmente distanciamento, higienização, uso de EPI's e ocupação. A Secretaria de Educação elaborou e apresentou um Plano para retomada das aulas presenciais, com a definição de estratégias a serem utilizadas para resguardar a segurança dos profissionais na educação, alunos e pais de alunos.

REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

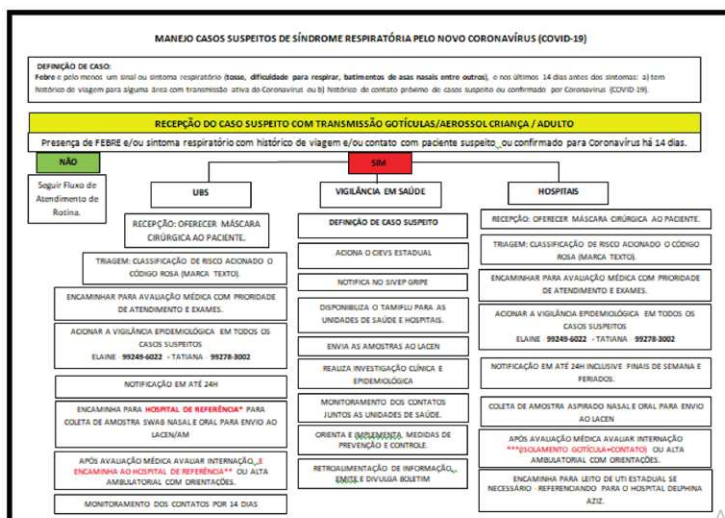
Fluxo de atendimento “primeira onda”

Na primeira onda de Covid-19 no município, os hospitais foram divididos por referência: Hospital Jofre Cohen ficou como referência para Síndromes Respiratórias Agudas Graves, suspeitas de COVID 19. Hospital Padre Colombo ficou como referência para os demais atendimentos de urgências e emergências graves, pediatria e atendimentos a grávidas.

O Hospital Jofre de Matos Cohen então estabeleceu-se critérios de triagem, tais como: pacientes sem critérios de Emergência (sem desconforto respiratório e em bom estado geral, FC menor que 100 bpm e saturação maior que 97%) eram encaminhados à UBS de referência em síndromes respiratórias, com orientação de retorno ao hospital se sintomas ou sinais de alerta descritos. É importante destacar que a UBS Toda (Francesa), mais próxima ao hospital até às 17h. Após esse horário, a indicação era o Bumbódromo (24h). Pacientes com necessidade de avaliação médica hospitalar, não relacionadas com síndromes respiratórias agudas e sem critérios de gravidade imediativos ao transporte, eram encaminhados para o Hospital Padre Colombo.

Os manejos dos casos suspeitos estão indicados na figura a seguir:

Figura 31. Manejo de casos suspeitos Síndromes Respiratórias Agudas Graves - SRAG pela COVID 19.



Fonte: SEMSA Parintins/Coordenadoria de Vigilância em Saúde.

FLUXO DE ATENDIMENTO “SEGUNDA ONDA”

Ocorreu a atualização do Plano de Enfrentamento a COVID-19 em Parintins e a reorganização dos serviços de saúde no município para este cenário epidemiológico ocorreu da seguinte forma:

ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE

Nesse período houve uma nova reorganização dos serviços, permanecendo como unidades de referência na atenção básica as UBS Dr. Toda no bairro Francesa, UBS Waldir Viana no bairro São Benedito zona oeste, UBS Tia Leó no Djard Vieira e a UBS União no bairro da União zona norte, eram as UBS referências para pacientes sintomáticos respiratórios leves e moderados. A UBS Fluvial Lígia Loyola retoma atendimento a população da zona rural e a UBS Ir Francisco Galianne no bairro Itaúna II zona norte como referência para atendimentos de rotina e especializados, bem como a UPA Bumbódromo localizado no Centro da cidade para atendimentos de emergência. Policlínica Padre Vitório referência atendimento ortopédico. Nesse momento permanecem resguardados os profissionais considerados do grupo de riscos e os agentes comunitários de saúde aptos retornam as unidades básicas de saúde seguindo protocolos instituídos pelo MS para o desenvolvimento das visitas domiciliares. Outro serviço que merece destaque foi a coleta de material para triagem neonatal realizadas a domicílio, improvisada no odontomóvel (carro adaptado com consultório odontológico), uma vez que o serviço de odontologia ficou parado neste período.

REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PRONTO ATENDIMENTO

Os hospitais continuam com a divisão por referência: Hospital Jofre Cohen ficou como referência para Síndromes Respiratórias Agudas Graves, suspeitas de COVID-19. Hospital Padre Colombo ficou como referência para os demais atendimentos de urgências e emergências graves, pediatria e atendimentos a grávidas.

Institui-se a Unidade de Pronto Atendimento – Bumbodromo como referência para casos suspeitos de síndromes gripais e síndromes respiratórias agudas leves /moderados com horário de funcionamento das 07:00h as 00:00h. Ocorreu a Implantação de Sala de Soroterapia, oxigenoterapia e monitoramento de parâmetros respiratórios e pacientes com gravidade são encaminhados ao Hospital Jofre Cohen.

INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM A ATENÇÃO BÁSICA

Todas as UBS da zona urbana tornam-se referência para suas áreas de abrangência, institui-se fluxo para acolhimento e busca ativa de casos suspeitos. Os casos suspeitos e confirmados são descentralizados da Vigilância em Saúde para a notificação no e-SUS AB. Ocorre a implantação da Matriz de Gerenciamento da Atenção Primária em Saúde (APS) no Cenário da COVID-19.

ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO VARIANTE DELTA

Foram realizadas as seguintes ações para o enfrentamento da Variante Delta: implantação do Rastreamento e Monitoramento de Casos em todas as UBS; equipe de VISA fixa no Porto e Aeroporto com ações orientação quanto ao uso obrigatório de máscara, álcool em gel, aferição de temperatura, identificação de sintomáticos e encaminhamento prévio para rede de saúde tanto no embarque como desembarque de passageiros; adesão a Implantação do Hospital Jofre Cohen com Unidade Sentinela em Síndromes Respiratórias Agudas Graves; realização de Testagem Rápida de Antígeno em pacientes suspeitos e oriundos de outros municípios/Estado com vínculo epidemiológico de variante delta; realização de coleta de RT-PCR em pacientes suspeitos e oriundos de outros municípios/Estado com vínculo epidemiológico de variante delta e encaminhamento da amostra para o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) para vigilância genômica.

VACINAÇÃO

O município de Parintins elaborou o Plano de Vacinação para a COVID 19 em consonância com o Ministério da Saúde e Programa Nacional de Imunização. Tem instaladas as salas de vacinação em 10 UBS na zona urbana, 5 UBS na zona rural e 01 UBSF, assim como, uma frota de 10 ambulanchas que alcançam as calhas dos rios e as mais longínquas comunidades levando a dose de esperança aos ribeirinhos. O município já recebeu 146.405 doses de vacinas contra a COVID 19 (54ª Remessa) dentre elas, 28.810 Coronavac, 97.315 Astrazeneca, 19.200 Pfizer e 1.080 Janssen.

Parintins apresenta um total de 137.475 doses aplicadas, distribuídas em 74.146 de 1ª dose, incluindo as doses únicas (94,5%), 58.688 de 2ª dose (73,8%) e 4.641 de 3ª doses/dose de reforço. Na zona urbana já foram aplicadas 109.385 doses, sendo 54.570 1ª dose, 47.421 2ª dose e 4.197 3ª dose. Já foram aplicadas 25.677 doses, distribuídas em 15.063 1ª dose, 10.429 2ª dose e 185 3ª dose.

A área indígena pertencente ao município já aplicou 804 doses, sendo 430 1ª dose, 374 2ª dose. Apesar do intenso trabalho das equipes de vacinação, da logística, combustível, demais insumos e da intensa divulgação existem parintinsenses que ainda não tomaram a 1ª dose, um percentual 5,5%, aproximadamente 5.347 pessoas.

Contudo, no momento da pesquisa, aproximadamente 8.051 pessoas na faixa etária de 18 anos mais não compareceram às unidades para completar o esquema vacinal. E 7.407 pessoas na faixa etária de 12 a 17 anos, aguardavam o repasse de doses pelo Estado para se vacinarem.

Dentre as atividades realizadas para o alcance da cobertura vacinal, o município intensificou a busca ativa dos faltosos com as equipes estratégia saúde da família na zona urbana e rural, ampliou o horário de atendimento em 04 UBS da zona urbana, a cobrança da caderneta de vacina física e virtual para entrada em eventos, bares, e restaurantes, intensa divulgação nas Mídias Sociais e programas de rádio e TV locais.

O SISTEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância desenvolveu as seguintes atividades para o enfrentamento da pandemia:

- Elaboração do Plano de Contingência para o enfrentamento do Coronavírus (COVID-19) do município de Parintins em conjunto com as áreas técnicas da SEMSA;
- Capacitação dos Protocolos do Coronavírus (COVID-19) para a Vigilância Epidemiológica e Núcleo Resposta Rápida, Vigilância Sanitária (Porto e Aeroporto), Monitoramento e Investigação de casos, Vigilância Laboratorial (Coleta e diagnóstico);
- Capacitação de todos os profissionais de saúde para o enfrentamento da Pandemia;
- Capacitação dos profissionais de saúde contratados para o enfrentamento da Pandemia;
- Articulação para a Implantação de Comitê de Enfrentamento a Pandemia;
- Elaboração e divulgação diária Boletim Epidemiológico da COVID-19;
- Implantação de Equipe de Prevenção COVID-19;
- Implantação do Call Center Tire suas Dúvidas sobre a COVID-19 e

Disk Denúncia;

- Implantação do Monitoramento de Isolamento Domiciliar;
- Implantação de Equipe de Fiscalização Sanitária no Porto e Aeroporto;
- Implantação de Equipe de Fiscalização para integrar Fiscalização Integrada para o Toque de Recolher;
- Testagem e coleta domiciliar para diagnóstico de COVID-19;
- Elaboração de Fluxograma de testagem;
- Elaboração de Fluxograma de monitoramento e rastreamento de casos;
- Elaboração de Fluxograma de Manejo Casos Suspeitos de Síndrome Respiratória pelo Novo Coronavírus (COVID-19) para UBS e Hospitais;
- Elaboração de Fluxograma de Manejo Casos Suspeitos de Síndrome Respiratória pelo Novo Coronavírus (COVID-19) em Portos e Aeroporto;
- Operacionalização da Norma Técnica N° 004/2020 que trata sobre o Manejo de Corpos de Vítimas da COVID-19;
- Fortalecimento da Vigilância do Óbito por COVID-19 com equipe de investigação;
- Alimentação do Sistema de Informação Vigilância Epidemiológica da Gripe - SIVEP Gripe;
- Elaboração do Plano de Vacinação contra a COVID-19;
- Elaboração e divulgação diária do Vacinômetro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: APRENDIZAGENS COM E NA PANDEMIA

Dentre os principais desafios no início da pandemia foram os seguintes: reorganização do atendimento; ampliar leitos COVID e leitos em unidade de cuidados intensivos; abastecimento com equipamentos de proteção individual, sobretudo máscaras e aventais de proteção; aquisição de testes suficientes para o diagnóstico e oxigênio, visto a escassez no mercado e os preços exorbitantes. Muitos profissionais de saúde foram adoecendo e ficaram afastados, o que causou insuficiência na força de trabalho, além da migração dos profissionais médicos para os grandes centros/capitais atraídos pela oferta de maior remuneração comparados ao ofertado pelos municípios do interior. Atualmente permanece

a problemática de fixação de profissionais médicos em especial no Amazonas.

Outra questão importante é a sensibilização da população em manter as medidas não farmacológicas como o uso obrigatório da máscara e o distanciamento social, mesmo com a oferta das vacinas para a população com a faixa etária preconizada. Comparando os dados da vacinação no Brasil, no Amazonas e em Parintins evidencia-se ainda o desafio de alcançar a cobertura vacinal do esquema completo.

O protagonismo da Vigilância em Saúde na condução das medidas de enfrentamento do cenário pandêmico, nunca vivenciado nos últimos 100 anos, revelou a importância de um Sistema de Vigilância estruturado, qualificado e articulado. Do mesmo modo, a integração das ações da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde no controle de grandes epidemias. Vale ressaltar que na “primeira onda” a Atenção Básica “*saiu de cena*” visto que seguiu a tendência do país em priorizar a resposta sanitária centrada nos serviços hospitalares. Porém, o protagonismo e readequação da atenção básica foi sendo destacada nas pesquisas e relatórios produzidos no país. Essa retomada aconteceu na “segunda onda”, reconhecendo as diversas fragilidades de atuação das equipes, ressalta-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo mais adequado por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, para apoiar as populações em situação de isolamento social. Assim, mais do que nunca, é preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde (Medina, *et al*, 2020).

Houve um fortalecimento da Rede de serviços de saúde, principalmente na assistência hospitalar com ampliação de leitos COVID, passando de 85, para 95, em seguida para 120 e no auge da pandemia 145 leitos. Ocorreu também a implantação de 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com 07 leitos adultos e 03 leitos pediátricos, sendo o município, pioneiro a implantar este serviço no interior do Amazonas. Com a crise do Oxigênio que o estado do Amazonas passou, foi estratégico a implantação de duas usinas de oxigênio com envasamento e distribuição para outros municípios da região do Baixo Amazonas e Estado do Para.

REFERÊNCIAS

Amazonas (2020). Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Secretaria Executiva de Assistência do Interior. **Ações de Enfrentamento ao COVID-19**. Manaus, setembro de 2020.

Brasil (2020). Ministério da Saúde. **Portaria N° 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).

Medeiros C.A.S (2020) Desafios para o enfrentamento da Pandemia COVID-19 em Hospitais Universitários. **Rev Paul Pediatria**, 2020;

Medina M.G. et al. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, 2020;

Oliveira W.K (2020). Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia Serv. Saúde**, Brasília, 29(2):e2020044, 2020

Parintins (2020). Prefeitura do município de Parintins. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. **Plano de Ação de Combate à Malária (PACM) no município de Parintins**. Parintins, abril de 2020.

Parintins (2021). Prefeitura do município de Parintins. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. **Plano de Enfrentamento ao Coronavírus (COVID19) no município de Parintins**. 3ª Atualização em setembro de 2021.

Soares, E. P. (org.) et al. (2021). **A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas**, AM. 1.ed. - Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2021.

IBGE (2021). **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/boca-do-acre/historico>. Acessado em 16 de outubro de 2021.

World Health Organization (2020). **Statement on the second meeting of the international health regulations (2005) emergency committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 7]. Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).



O enfrentamento à COVID-19 no município de Presidente Figueiredo

*Carlos Gabriel de Souza Soares
Camilla Maria Nery Baracho de França
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Tânia Aparecida de Araújo*

APRESENTANDO O MUNICÍPIO



O município de Presidente Figueiredo, conhecido como terra das cachoeiras, foi fundado em 10 de dezembro de 1981, integra a região metropolitana de Manaus e está localizado ao norte da capital. O acesso se dá através da BR-174, que o interliga com as cidades de Manaus-AM e Boa Vista-RR. Além de Boa Vista e Manaus, Presidente Figueiredo limita-se aos municípios de Urucará, São Sebastião do Uatumã, Itapiranga, Rio Preto da Eva e Novo Airão (IBGE, 2010). Sua área abrange reservas ecológicas, reserva indígena, usina hidrelétrica, sítio de mineração, igarapés, rios, cavernas, lagos e cachoeiras, o que despertou o turismo ecológico na região.

Em razão da abundância de recursos naturais, florestas e mais de cem cachoeiras catalogadas pelo Ministério do Turismo, muitas delas economicamente exploradas, o município de Presidente Figueiredo se beneficia amplamente do fluxo turístico em expansão. O acesso a maioria das cachoeiras é pago, visto que muitas encontram-se em propriedades privadas, que cobram aos visitantes taxas para sua manutenção. O principal acesso à maioria das cachoeiras é possível através da AM-240, estrada que conduz a usina hidrelétrica de Balbina, que se encontra ainda dentro da jurisdição de Presidente Figueiredo e abrange uma vila de moradores, a Vila de Balbina. Há também o Lago de Balbina, que atrai turistas para a pesca esportiva e passeios de barco. O acesso às cachoeiras também é possível através da BR-174 no sentido a Boa Vista-RR. Algumas quedas-d'água são de fácil acesso, como a cachoeira dos pássaros e cachoeira do santuário, porém muitas requerem trilhas com horas de duração para serem percorridas, como é o caso da cachoeira da neblina, que conta com uma trilha de quase 7km para que o acesso a cachoeira seja realizado. Ainda na parte urbana do município é possível o acesso a corredeira do Parque do Urubuí, um dos pontos turísticos

gratuitos mais movimentados da cidade, justamente pelo fácil acesso, mas também pelas belezas naturais. No bairro Galo da Serra também é possível o acesso à cachoeira das orquídeas, que conta com uma trilha de aproximadamente trinta minutos para a visita. Além disso, a cidade oferece muitas opções de hospedagem e restaurantes, estes com ofertas de comidas típicas da região amazônica. O comércio local também oferece produtos variados.

O município apresenta alguns festivais e atrações turísticas ao longo do ano que movimentam a economia e colaboram com o desenvolvimento social e econômico dos moradores locais, como é o caso da festa do cupuaçu. No município, o cupuaçu acaba sendo um dos principais produtos econômicos, tendo por isso uma festa em sua homenagem e um monumento no Parque do Urubuí. A festa, que é realizada desde os anos noventa, já foi renovada em 28 edições e se realiza geralmente entre os meses de março e abril, período de colheita do cupuaçu. Se tornou uma importante atração cultural e atrai milhares de turistas por conta das atrações musicais nacionais, concurso para a eleição da Miss Cupuaçu, bem como pela experiência cultural que proporciona, através da culinária, artesanato e produtos agrícolas presentes no município.

Em outubro de 2021, o município ganhou em primeiro lugar no prêmio *"Band Cidades Excelentes"* na categoria de 30 a 100 mil habitantes, no estado do Amazonas. Organizada pelo Instituto Aquila e o Grupo Bandeirantes de Comunicação, a premiação é resultado da análise de indicadores selecionados sobre educação, saúde, finanças, transparência, infraestrutura e desenvolvimento socioeconômico dos municípios.

A população estimada de Presidente Figueiredo é de 38.095 habitantes para o ano de 2021 (IBGE, 2021). Os setores economicamente rentáveis do município são o extrativismo, comércio, turismo, agricultura e serviços (SEMS PF, 2018). É a sétima maior economia do estado do Amazonas, com o PIB (produto interno bruto) de 822.428,93 em 2018 (IBGE, 2018).

O sistema de saúde do município possui como estrutura: um hospital municipal com 35 leitos; 14 unidades básicas de saúde, sendo 13 com equipes de Estratégia Saúde da Família; 6 postos de saúde rural; uma policlínica para atendimento de especialidades médicas; um centro de fisioterapia; uma central de abastecimento farmacêutico; vigilância em saúde e epidemiológica (SEMS PF, 2022).

A PANDEMIA DE COVID-19 E O MUNICÍPIO DE PRESIDENTE FIGUEIREDO

A pandemia de COVID-19 exigiu dos sistemas de saúde e governantes, respostas incisivas à crise sanitária instalada, através de medidas de enfrentamento, prevenção, controle e tratamento da doença. No Brasil, diversos estados vi-

venciaram momentos distintos de agravamento da pandemia, lançando mão de estratégias também distintas para o enfrentamento à COVID-19. A atuação das autoridades sanitárias frente às crises sanitárias é necessária, compõem sua competência privativa e deve ser orientada por protocolos e iniciativas ao mesmo tempo articuladas com os demais territórios alcançados e singulares para responder às características locais.

Diante da falta de orientações precisas de âmbito nacional, no Amazonas, a atenção básica sofreu inicialmente com algumas medidas instauradas, como fechamento de unidades básicas, deslocamento de profissionais para outros níveis de atenção, suspensão dos atendimentos eletivos, manutenção de atendimentos apenas em casos urgentes e falta de EPI. Em contrapartida, conforme o andamento do período pandêmico, este nível de atenção ganhou o protagonismo no enfrentamento à pandemia e tem exercido um importante papel na prevenção, identificação de novos casos, monitoramento de doentes, orientação comunitária, tratamento de casos leves e moderados e imunização contra a doença juntamente a vigilância em saúde. No município de Presidente Figueiredo, a atenção Básica participou ainda das barreiras sanitárias, instaladas em pontos estratégicos do município.

No dia 17 de março de 2020 foi publicado o Decreto N° 2870, que dispunha sobre o reconhecimento de situação de emergência na saúde pública no município de Presidente Figueiredo em razão da disseminação da infecção de COVID-19 por um período de 120 dias, além de instituir o comitê integrado de prevenção e enfrentamento ao COVID-19. Após a determinação do Governo do Amazonas, as aulas na cidade, por adoção da secretaria municipal de educação do município, também foram suspensas. No ato da publicação do decreto o município de Presidente Figueiredo não contava com nenhum caso ou suspeita de COVID-19, e o estado do Amazonas apresentava dois casos confirmados, ambos na capital, Manaus. O estado também incluiu como medidas de enfrentamento ações temporárias a fim reduzir a propagação do vírus, ficando suspenso pelo prazo de quinze dias eventos e atividades que contassem com participação presencial acima de cem pessoas, bem como viagens intermunicipais de servidores.

No dia 23 de março de 2020 o governo decreta estado de calamidade pública nas Amazonas e impõe o fechamento de estabelecimentos comerciais e de lazer, em Presidente Figueiredo balneários são fechados, incluindo o parque Urubuí, neste ponto o estado conta com 32 casos confirmados, 31 em Manaus e 1 caso do município de Parintins.

No dia 26 de março a rodoviária municipal em Presidente Figueiredo foi fechada de modo que as rotas intermunicipais e interestaduais não faziam mais paradas na cidade e a partir do dia 3 de abril de 2020 duas barreiras de vigilância foram montadas em dois pontos da BR-174 que atravessa a cidade, uma antes da entrada da cidade no quilômetro 100 e outra no quilômetro 200 antes da reserva indígena. Em ambos os postos os veículos eram parados e técnicos de saúde verificavam a

temperatura e rastream algum possível sintoma de COVID-19. A medida visava evitar a entrada de pessoas infectadas no município durante o fluxo da capital do estado para sítios nas proximidades do município no período de quarentena.

No dia 2 de maio o município de Presidente Figueiredo inaugurou uma unidade de atendimento especialmente para o atendimento de pacientes com suspeita de COVID-19, A 'Unidade de referência para atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios', estando equipado para receber pacientes com sintomas respiratórios leves. A unidade contava com uma equipe composta por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Foi criada com o objetivo de prestar apoio às demais unidades de saúde do município, descentralizando o atendimento, estando apta a realizar a triagem e atendimento dos pacientes e evitando a superlotação do Hospital Geral da cidade. Tais medidas incluídas no plano de enfrentamento do município de Presidente Figueiredo foram tomadas pelo então prefeito Romeiro Mendonça.

Em dezembro de 2020, após nove meses de medidas de contingência no município, algumas partes do comércio e lazer começaram a ser reabertas, como o parque Urubuí, o principal ponto turístico da cidade, reabrindo para visitantes, porém respeitando as medidas sanitárias, com o uso de máscaras de proteção facial. Até este momento o município contabilizava 3.391 casos confirmados de COVID-19 e um total de 36 mortes.

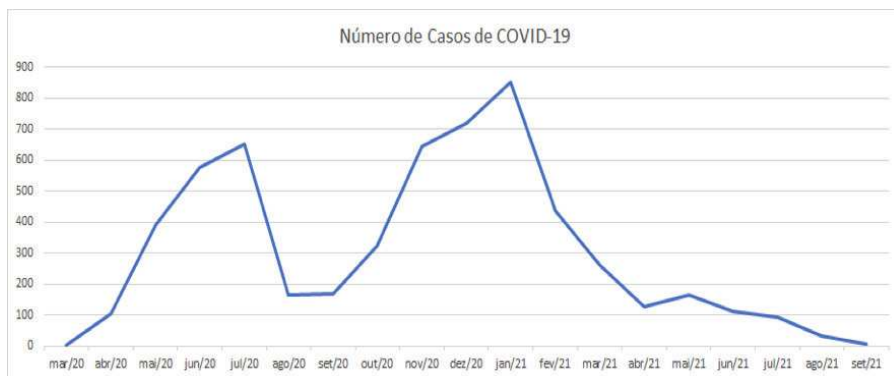
Em fevereiro de 2021 o município enfrentou a segunda onda da pandemia de COVID-19, com 5.082 casos confirmados, 6 pacientes internados confirmados e um total de 78 óbitos. Neste contexto é criado o plano municipal de contingência para enfrentamento da infecção humana pelo novo Coronavírus SARS-CoV-2, que visa organizar as ações de prevenção e controle para o enfrentamento do novo Coronavírus no município de Presidente Figueiredo pela coordenação do comitê de combate ao COVID-19. A criação do plano foi uma medida da nova gestão municipal, através da prefeita Patrícia Lopes Miranda e contou com a participação da secretária municipal de saúde, a coordenadoria de vigilância em saúde, a coordenadoria de vigilância epidemiológica, a coordenadoria de vigilância sanitária, a coordenadoria da rede de atenção básica e a coordenadoria do comitê de enfrentamento a COVID-19.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Utilizou-se os dados do número de casos e mortalidade, no período de março de 2020 a setembro de 2021, disponibilizados pela Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/60/2. A Figura 32 demonstra que desde junho de 2021 o número de casos tem diminuído no município de Presidente Figueiredo. No último mês avaliado, setembro, ocorreu o menor número de casos ($n=6$) desde abril/2020.

No entanto, o período compreendido entre Abril/2020 a Junho/2020 e entre Outubro/2020 a Fevereiro de 2021 tiveram expressivos aumentos. Em janeiro de 2020, por exemplo, o número de casos chegou a 852 pessoas com diagnóstico de COVID-19.

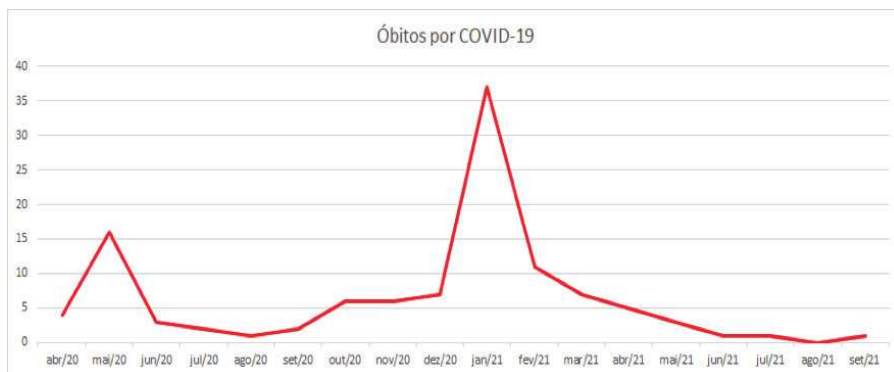
Figura 32. Número de pessoas com diagnóstico de COVID-19. Presidente Figueiredo, Amazonas, Brasil. 2020 a 2021



Fonte: Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas
https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/60/2. Acesso em 24/10/2021.

O número de óbitos também tem diminuído desde Junho de 2021, exceto por Agosto que não registrou nenhum óbito, a cidade tem registrado 1 óbito por mês. Os piores períodos em relação à mortalidade foram no mês de Maio de 2020 (n=16), Janeiro de 2021 (n=37) e Fevereiro de 2021 (n=11).

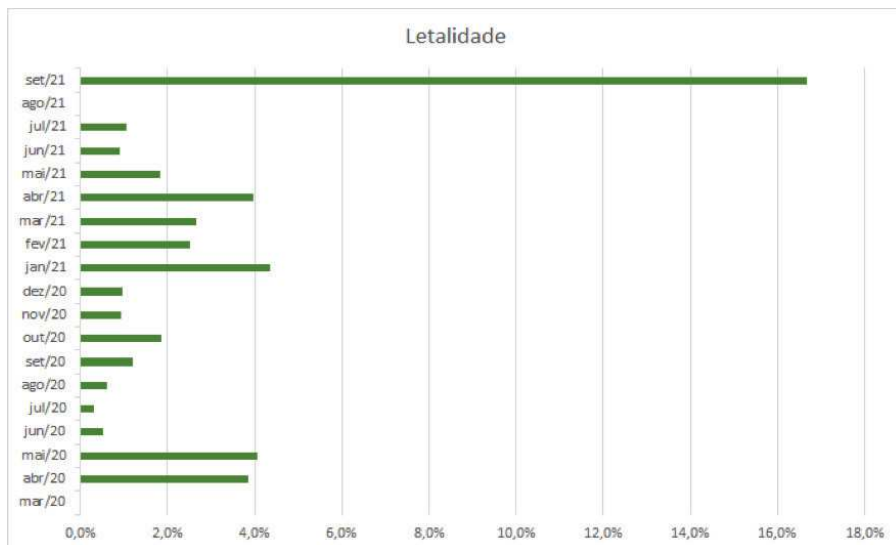
Figura 33. Óbitos por COVID-19. Presidente Figueiredo, Amazonas, Brasil. 2020 a 2021



Fonte: Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas
https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/60/2. Acesso em 24/10/2021.

Porém, muito embora o número de óbitos tenha diminuído nos últimos meses, como o número de casos também diminuiu, a maior letalidade (relação entre o número de casos e óbitos - multiplicado por 100) ocorreu no mês de setembro de 2021 (16,7% - número casos: 6, óbitos: 1). Os meses de maio de 2021 (4,1%), abril de 2021 (4,0%) e Janeiro de 2021 (4,3%) também tiveram alta letalidade.

Figura 34. Letalidade COVID-19. Presidente Figueiredo, Amazonas, Brasil. 2020 a 2021.



Fonte: Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas
https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/60/2. Acesso em 24/10/2021.

ESTRATÉGIAS DO MUNICÍPIO NO ENFRENTAMENTO À COVID-19

A resposta à possível emergência do novo Coronavírus no município de Presidente Figueiredo foi organizada em três níveis. Cada uma das respostas levou em consideração a avaliação do risco e impacto de introdução do novo Coronavírus para a saúde pública, os cenários possíveis pontuados no plano de contingência foram o cenário de alerta, com a suspeição de novos casos, perigo iminente, com a confirmação de um caso suspeito, e o cenário de emergência com a confirmação e transmissão local, momento em que o município se encontrava.

Por esse motivo, em 2021 as medidas de restrição parcial e temporária de circulação de pessoas em espaços e vias públicas em Presidente Figueiredo continuaram sendo empregadas no período de 21 horas às 6 horas da manhã,

pelo decreto N° 3032 de março de 2021, agora no governo da prefeita Patrícia Lopes Miranda.

Em relação aos cenários de resposta da vigilância epidemiológica municipal foi instituída como medida de alerta a sensibilização dos serviços de saúde na detecção, investigação e monitoramento de casos suspeitos, sempre reforçando a importância da notificação imediata emitindo alertas sobre a situação epidemiológica do município. Como medida de perigo iminente, intensifica-se as ações de investigação e controle atualizando os alertas e articulando com os serviços de referência para ajuste do fluxo de pacientes, elaborando informes epidemiológicos sobre a situação no município bem como a contínua adoção de medidas de isolamento domiciliar. Como medidas de emergência intensifica-se o fluxo de informações e orientações à população em relação a prevenção e controle da COVID-19, continuação da notificação, investigação e monitoramento dos casos suspeitos potencializando as ações de controle no cenário de transmissão local e adotando as medidas de isolamento para casos confirmados.

No âmbito da vigilância sanitária no município de Presidente Figueiredo os cenários de resposta em relação a situação de alerta foram a articulação de orientações com responsáveis de estabelecimentos sobre as medidas de prevenção previstas como a oferta de álcool gel aos trabalhadores e também clientes bem como o reforço de procedimentos de higienização das unidades de saúde, além disso a disponibilização de material informativo para viajantes sobre controle e prevenção da infecção. Como medidas na situação de perigo iminente têm-se a fiscalização e notificação dos estabelecimentos em relação ao cumprimento das medidas, reforçando as rotinas de higienização e material informativo. Entre as medidas de emergência tem-se a notificação e aplicação de sanções aos estabelecimentos descumprindo as medidas de mitigação, reforçando as medidas de higienização de estabelecimentos e a disponibilização de material informativo.

O plano de enfrentamento conta com medidas de orientações técnicas voltadas aos trabalhadores que possivelmente tiveram contato com casos suspeitos, principalmente em relação aos trabalhadores que atuam nos serviços de saúde que apresentam um maior risco de exposição, desse modo é reafirmado a necessidade da adoção de medidas de prevenção e controle durante todas as etapas de atendimentos a casos suspeitos com a recomendação do uso de equipamentos de proteção individual com utilização de gorros, óculos de proteção ou protetor facial, máscaras cirúrgicas, avental impermeável de mangas comprida bem como luvas de procedimentos. De modo que compete aos serviços de saúde fornecer os equipamentos de proteção individual, gratuitamente, aos trabalhadores de acordo com os riscos a que estão expostos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o advento do Novo-Coronavírus, o município de Presidente Figueiredo, dispôs de diversas medidas de enfrentamento à pandemia, regulamentadas através de decretos municipais. A restrição parcial e temporária da circulação de pessoas, bem como a criação de um comitê de enfrentamento foram importantes para conter o avanço da pandemia e direcionar as ações de combate à COVID-19.

São grandes os desafios de cidades que recebem um maior número de visitantes, como Presidente Figueiredo. Logo, por se tratar de uma cidade turística, houve o fechamento temporário das cachoeiras em momentos mais críticos da pandemia, seguidos da reabertura com restrições no horário de funcionamento e capacidade máxima de pessoas em momentos mais brandos. O que também pode ter contribuído para o controle da pandemia.

Essas medidas, no entanto, apesar de essenciais para a mitigação do cenário pandêmico, contribuem para um maior desestímulo do setor econômico. Há de se pensar nas diversas pessoas que dependiam financeiramente do turismo (os quais incluem alimentação, hospedagem, transporte, entre outros) para sua sobrevivência. Auxílios financeiros e ações conjuntas, entre Governos Federal, Estadual e Municipal, para esses(as) trabalhadores(as) são essenciais para que possam manter-se em casa, saudáveis e com renda suficiente para uma vida digna. Estratégias futuras que repensem o modelo de desenvolvimento do turismo também são imprescindíveis para os próximos tempos.

Quanto a disseminação de informações, dados como boletins epidemiológicos, informações sobre prevenção e vacinação foram disponibilizados no site oficial da prefeitura municipal bem como nas redes sociais da instituição, porém as últimas atualizações são do mês de abril de 2021.

Quanto aos dados epidemiológicos é notável que ocorreram períodos em que o número de casos, óbitos e letalidade por COVID-19 afetaram mais a cidade. Entre janeiro e fevereiro de 2021, assim como no Estado e País, o cenário foi ainda pior. Dados recentes demonstram uma diminuição no número de casos e óbitos, no entanto a alta letalidade em setembro de 2021 demonstram que o município, serviços de saúde e a população precisam ainda estar alerta quanto ao risco de transmissão e da doença.

Ressalta-se, portanto, ainda a necessidade da manutenção de medidas preventivas para a contenção da pandemia. Este estudo reforça a importância do SUS no enfrentamento da pandemia, bem como o financiamento de mais pesquisas para compreendermos melhor a doença e os modos de produção do cuidado das populações.

REFERÊNCIAS

Amazonas. (2020). **Decreto N°42.063 de 17 de março de 2020**. Leis estaduais, legislação Estadual do Amazonas, 19 de março de 2020. Disponível em: <<https://leisestaduais.com.br/am/decreto-n-42063-2020-amazonas-dispoe-sobre-medidas-complementares-temporarias-para-enfrentamento-da-emergencia-de-sau-de-publica-de-importancia-internacional-decorrente-do-novo-coronavirus>>. Acesso em: 17 de set. de 2021.

Amazonas. (2021). **Decreto N° 3032 de 08 de março de 2021**. Disponível em: <<https://leisestaduais.com.br/am/decreto-n-42063-2020-amazonas-dispoe-so-bre-medidas-complementares-temporarias-para-enfrentamento-da-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-decorrente-do-novo-coronavirus>>. Acesso em: 17 de set. de 2021.

Amazonas registra 438 novos casos de COVID-19 nas últimas 24 horas, 9 de dezembro de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/12/09/amazonas-registra-438-novos-casos-de-COVID-19-nas-ultimas-24-horas.ghtml>>. Acesso em: 17 de set. de 2021.

IBGE. (2010). **IBGE Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/presidente-figueiredo/panorama>. Acesso em set 2021.

Governo decreta estado de calamidade pública no AM e impõe fechamento do comércio. Recuperado de 23 de março de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/03/23/governo-decreta-estado-de-calamidade-publica-no-am-estabelecimentos-comerciais-devem-ser-fechados-diz-governador.ghtml>>. Acesso em: 17 de set. de 2021.

Presidente Figueiredo, no AM, decreta emergência na saúde pública; Aulas são suspensas. G1 AM, Amazonas, 18 de março de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/03/18/presidente-figueiredo-no-am-decreta-situacao-de-emergencia-na-saude-publica.ghtml>>. Acesso em: 17 de set. de 2021.

Presidente Figueiredo agora tem Unidade exclusiva de atendimento de pacientes com suspeitas de COVID-19. Portal do Urubuí, Presidente Figueiredo, 02 de maio de 2020. Disponível em: <<https://portaldourubui.com/2020/05/02/presidente-figueiredo-agora-tem-unidade-exclusiva-de-atendimento-de-pacientes-com-suspeitas-de-COVID-19/>>. Acesso em: 17 de set. de 2021



Presidente Figueiredo aumenta medidas para impedir entrada de contaminados. Acrítica, Amazonas, 03 de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.acritica.com/channels/coronavirus/news/presidente-figueiredo-aumenta-medidas-para-impedir-entrada-de-contaminados>>. Acesso em: 17 de set. de 2021

Presidente Figueiredo. Secretaria Municipal de Saúde. (2022). **Diagnóstico Situacional para o Plano Municipal de Saúde 2022-2025.** Parintins, 2022.



Notas sobre as estratégias de enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus no município de São Gabriel da Cachoeira-Amazonas

Ana Elizabeth Sousa Reis

Sediel Andrade Ambrósio

Cláudio Pontes Ferreira

Margareth Pontes dos Santos

Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt

Marília de Jesus da Silva e Sousa

INTRODUÇÃO



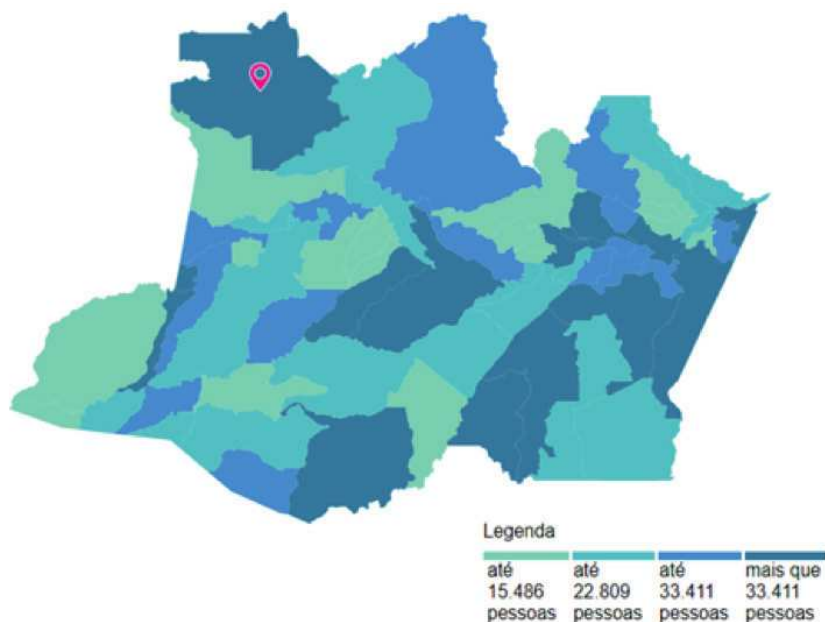
O presente capítulo se propõe a apresentar as estratégias de enfrentamento à COVID-19 no município de São Gabriel da Cachoeira, na região do Alto Rio Negro, no Estado do Amazonas. Este município possui a maior diversidade de povos indígenas do Brasil, sendo que a cada dez habitantes nove são indígenas. A população estimada está entre 47.031 pessoas (IBGE, 2021), com um crescimento de 24% quando comparado com os dados do Censo Populacional de 2010, que contabilizou 37.896 pessoas no município.

O município tem 23 povos indígenas divididos em três troncos linguísticos das famílias: Tukano Oriental, Aruak e Maku. Os grupos indígenas Tukano oriental são: Arapaço, Barasana, Desana, Kubeo, Karapanã, Makuna, Miriti-tapuia, Piratapuaia, Siriano, Tukano, Tuyuka, Wanano, cuja suas comunidades ficam situadas as margens dos rios Negro, Waupés, Içana, Tiquié, Xié e seus afluentes. Os grupos da família Aruak são formados pelos Baniwa, Kuripako, Werekena, Baré e Tarianos. Os Maku são compostos pelos povos Húpda, Yuhupdeh, Dâw e Nadeb. Integram-se ainda a este contingente de povos os Yanomamis que vivem nas comunidades situadas nas margens do Rio Cauboris e afluentes.

O município de São Gabriel da Cachoeira está localizado no extremo noroeste do estado do Amazonas, na região do Alto Rio Negro, cujos limites abrangem os municípios de Santa Isabel do Rio Negro e Japurá, além fazer fronteira com os países Colômbia e Venezuela (Figura 35). De acordo com a secretaria Municipal

de Obras (SEMOB), em 2013, a zona urbana do município está organizada em onze bairros: Areal, Boa Esperança, Centro, Dabarú, Fortaleza, Graciliano Gonçalves, Miguel Quirino, Nova Esperança, Padre Cícero, Praia e Thiago Montalvo.

Figura 35. Localização do município de São Gabriel da Cachoeira.



Fonte: IBGE/2021.

O Rio Negro tem uma extensão de cerca de 1.700 km, nascendo na Serra do Junaí, na Colômbia e, em Manaus, se encontra com o Rio Solimões para formar o Rio Amazonas, sendo conhecido como um rio antigo e com o seu leito consolidado. A cor preta do rio Negro é devido à drenagem dos solos ricos em solutos húmido, de matéria orgânica que estão em decomposição nas florestas (Cunha & Pascoaloto, 2006).

A região do Alto Rio Negro é marcada pela beleza da paisagem natural devido o relevo do maciço das Guianas, caracterizado por séries de cadeias montanhosas. A paisagem mais conhecida, de quem olha da cidade de São Gabriel da Cachoeira, é o famoso corpo de mulher adormecida, que é formado pelo relevo de montanhas (Figura 02), fazendo parte do cartão postal da cidade (Santos, 2020).

A vegetação é do tipo floresta tropical úmida, formada por igapós e terras firmes, distribuídos em uma área territorial de 109.181.240 km². O clima predominante é quente e úmido (IBGE, 2010). A economia da região gira em torno serviço público

municipal, estadual, federal e dos benefícios sociais concedidos às famílias vulnerabilizadas. Entre o funcionalismo público, destaca-se a presença militar no município em virtude do Comando de Fronteira do Rio Negro e o 5º Batalhão de Infantaria de Selva. Além disso, o município possui 3 Pelotões de Fronteira (PEF) que estão divididos pelos locais: 1º PEF - Yauaretê, 2º PEF - Querari, 3º PEF - São Joaquim, 4º PEF - Cucuí, 5º PEF - Maturacá, 6º PEF - Pari-Cachoeira, 7º PEF - Tunuí-Cachoeira.

Nas comunidades, a agricultura basicamente se destina à subsistência das famílias, sendo pouco expressivo o que é destinado à comercialização em área urbana. Dentre as principais espécies de cultivo, encontram-se tubérculos (mandioca, cará, batata doce), espécies frutíferas como açaí, abacaxi, cupuaçu, entre outros, e, também, diversas espécies de pimenta (Santos, 2017).

A região do Alto Rio Negro é drenada por vários rios de águas escuras, entrecortados de numerosas cachoeiras que tornam muito difícil a navegação. Os rios são praticamente a única via de comunicação, além de algumas trilhas percorridas pelos indígenas nas matas. As características físicas e químicas próprias dos rios dessa região, além de incidirem sobre a organização social e econômica dos grupos indígenas da região, fazem com que esses sejam pobres em peixes. O mesmo acontece com o cultivo das terras banhadas pelas águas negras (Buchillet, 1990).

Figura 36. Imagem da topografia do município de São Gabriel da Cachoeira



Fonte: Tipiti- Artesanato, cultura, Amazonas (2014).

O pescado vendido no município é proveniente de outros municípios da calha do Rio Negro, principalmente de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro e da capital do estado Manaus, dificultando consumo de pescado pela população, aumentando a demanda por alimentos industrializados.

CARACTERÍSTICAS SANITÁRIAS E SOCIODEMOGRÁFICAS

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do município de São Gabriel da Cachoeira é de 0,478, em 2000, passando para 0,609, em 2010. Em termos relativos, a evolução do índice foi de 27,41% no município. O Índice coloca o município na faixa de Médio Desenvolvimento Municipal, ocupando a 14ª posição entre os municípios do estado do Amazonas. No período de 2000 a 2010, a evolução do índice foi de 30,87% no estado do Amazonas, passando de 0,515 para 0,674, situando o estado na mesma faixa de desenvolvimento. Ao considerar as dimensões que compõem o IDHM, entre 2000 e 2010, verifica-se que um aumento das categorias Longevidade (6,88%), Educação (67,02%) e Renda (15,53%).

Segundo as análises feitas no Atlas de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2022) a partir das informações do Censo Demográfico, a razão de dependência total no município passou de 78,29%, em 2000, para 74,24% em 2010, e a proporção de idosos, de 3,66% para 4,58%. A taxa de envelhecimento é a proporção de população economicamente dependente (com menos de 15 anos ou com mais de 65 anos de idade) em relação à população de 15 a 64 anos de idade (população potencialmente ativa). A Taxa de Envelhecimento é a proporção de população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total. No estado do Amazonas a razão de dependência passou de 72,63% para 59,33%, e a proporção de idosos, de 3,26% para 4,03% no mesmo período. A esperança de vida ao nascer no município de São Gabriel da Cachoeira era de 68,60 anos, em 2000, e de 71,59 anos, em 2010. No Amazonas, a esperança de vida ao nascer era 66,51 anos em 2000, e de 73,30 anos, em 2010.

Um dos fatores mais relevantes para a expectativa de vida é a taxa de mortalidade infantil, que passou de 34,20 por mil nascidos vivos em 2000 para 19,32 por mil nascidos vivos em 2010 no município. No ano de 2019, último período com o dado disponível nas estatísticas nacionais, a mortalidade infantil foi de 20,19 óbitos por mil nascidos vivos. No estado do Amazonas, essa taxa passou de 37,95 para 17,01 óbitos por mil nascidos vivos entre os anos de 2000 e 2021, período que interfere no cálculo do IDHM. Em 2019 a taxa no estado foi de 16,7 mortes para cada mil nascidos vivos, superior à média do Brasil, que foi de 11,9, e a quinta maior taxa entre os estados brasileiros.

Em 2010, considerando-se a população de 25 anos ou mais no município, 19,14% eram analfabetos, 39,03% tinham o ensino fundamental completo, 23,47% possuíam o ensino médio completo e 4,38%, o superior completo. No Amazonas, esses percentuais eram, respectivamente, 12,30%, 52,07%, 37,77% e 8,23%. Importante destacar que os indicadores educacionais do município são mais desfavoráveis do que a média do estado.

Em relação à renda e à desigualdade econômica, a renda per capita mensal, registrada em 2000 e 2010, evidenciam que houve crescimento da renda no município entre os anos mencionados. A renda per capita mensal no município era

de R\$ 213,37, em 2000, e de R\$ 355,51, em 2010, a preços de agosto de 2010. O índice de Gini, que mede o nível de desigualdades nos territórios, passou de 0,77, em 2000, para 0,80, em 2010, indicando, portanto, crescimento na desigualdade de renda no município.

De acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2022), a síntese da situação da vulnerabilidade social no município de São Gabriel da Cachoeira é representada pela dinâmica de alguns indicadores: houve redução no percentual de crianças extremamente pobres, que passou de 59,48% para 50,65%, entre 2000 e 2010; o percentual de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos, no mesmo período, passou de 14,65% para 19,96%. No período abrangido pela análise, é possível perceber que houve redução no percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza, que passou de 31,67% para 24,84%. De acordo com o Atlas, houve crescimento no percentual da população em domicílios com banheiro e água encanada no município, evoluindo de 20,29% para 27,52% entre 2000 e 2010.

O SISTEMA DE SAÚDE EM SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA

Em relação à infraestrutura do sistema e das redes de atenção à saúde, o município organiza a Atenção Primária em Saúde na área urbana, sendo a principal porta de entrada da população ao Sistema Único de Saúde (SUS), e divide a responsabilidade de manutenção do sistema de saúde, com as esferas Estadual e Federal. Na sede do município há uma Unidade Hospitalar (Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira), que é administrado pelo Exército Brasileiro, em parceria com o Governo do Estado. Na área rural existe uma Unidade Mista Hospitalar, no Distrito de Yauaretê, gerenciada pelo estado, com apenas um profissional de nível superior atuando como diretor do hospital e um corpo técnico formado por auxiliares de enfermagem.

O quadro abaixo mostra os tipos de estabelecimentos que dão suporte ao sistema de saúde municipal.

Tabela 12: Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS

TIPO DE ESTABELECIMENTO	TOTAL
POSTO DE SAÚDE	07
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	05
HOSPITAL GERAL	01
UNIDADE MISTA	02
CONSULTÓRIO ISOLADO	01
UNIDADE MOVEL FLUVIAL	01
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	02
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	01
FARMÁCIA	01

UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAÚDE	02
CENTRAL DE GESTÃO DE SAÚDE	01
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	01
UNIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA	24
POLO DE PREVEN. DE DOENÇAS E AGRAVOS E PROMO. DA SAÚDE	01
CENTRO DE ABASTECIMENTO	01
TOTAL	51

Fonte: CNES, 2021.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no município de São Gabriel da Cachoeira estavam registrados e ativos 51 estabelecimentos de saúde: 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 05 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, 02 Clínicas Especializadas/Ambulatórios Especializados, 01 Consultório isolado, 01 Farmácia, 01 Hospital Geral, 07 Postos de Saúde, 01 Secretaria de Saúde, 24 Unidades de Atenção à Saúde Indígena, 01 Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia, 02 Unidades de Vigilância em Saúde, 02 Unidades Mistas, 01 Unidade Móvel Fluvial e 01 Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde.

Pela composição da população municipal, que abrange uma proporção relevante de população indígena, a atuação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) é muito relevante. Existem dois DSEI na área territorial do município: o DSEI Yanomami e o DSEI Alto Rio Negro.

A sede administrativa do DSEI Alto Rio Negro está localizada no município de São Gabriel da Cachoeira/AM, tendo duas unidades administrativas situadas nos municípios de Santa Isabel do Rio Negro e em Barcelos. Já o DSEI Yanomami tem sua sede administrativa em Boa Vista -RR, com uma unidade administrativa no município de São Gabriel da Cachoeira. Os Distritos Sanitário Especial Indígena realizam a gestão da atenção através dos Polos Base, sendo a primeira referência com Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuam nas aldeias.

O DSEI Yanomami atende aproximadamente 28 mil indígenas, na divisa entre os estados do Amazonas e Roraima e na fronteira com a Venezuela. A maioria da população, 24 mil indígenas, é da etnia Yanomami e vive em regiões de difícil acesso como no interior da floresta amazônica, nas serras e nas margens de rios e igarapés. A estrutura do DSEI Yanomami é composta por uma Casa de Saúde Indígena (CASAI), 37 Polos Base e 78 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), distribuídos em 366 aldeias, habitadas por cinco grupos indígenas distintos: Sanumã, Ninan, Yawari/Xamathari, Ye'kuana e Yanomami.

O DSEI Alto Rio Negro possui 22 Polos Base, e estes cobrem um conjunto de

636 aldeias e com a população de 35.720 (SIASI/DIASI/ARN, 2018). É atribuição do DSEI executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações da Lei Orgânica da Saúde com as da Constituição Federal junto a SESAI/MS.

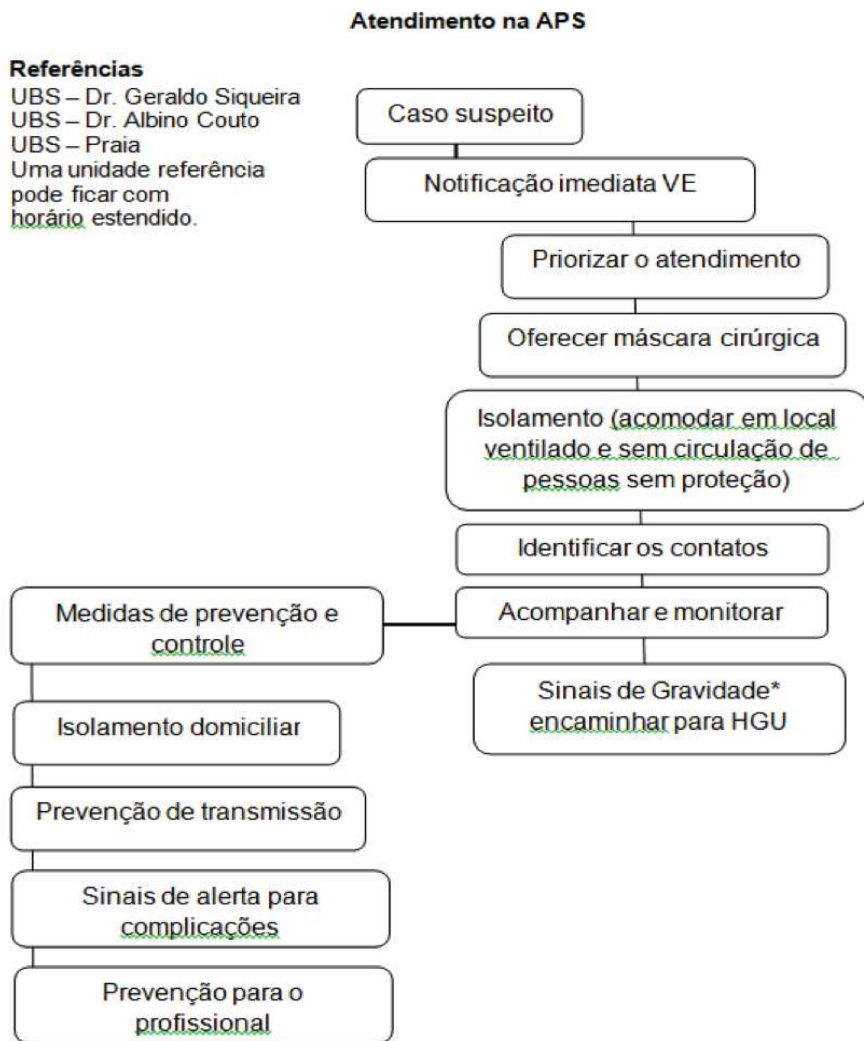
A área rural do município de São Gabriel da Cachoeira é considerada a região com o maior número de pessoas no país que se autodeclaram indígenas, tendo ampla representatividade indígena estendida por todo o seu território (IBGE, 2010). Segundo o DSEI Alto Rio Negro, residem nas comunidades indígenas rurais de São Gabriel da Cachoeira cerca de 24.934 indígenas (DSEI ARN- SIASI, 2020) que correspondem a 902 famílias (SIASI, 2019). A população indígena que vive no município Santa Isabel do Rio Negro é de 2.303 indivíduos, distribuídos em 50 comunidades da área rural (SIASI, 2020). Por sua vez, o município de Barcelos localiza-se possui uma população de 1.676 indígenas (IBGE, 2010).

AS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DESENVOLVIDAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA

No período de evolução da pandemia de COVID-19, o município adotou diversas medidas de enfrentamento, considerando a diversidade territorial, social e populacional. As medidas foram sistematizadas a partir da análise documental de diferentes fontes, considerando a natureza das ações e pela área de atuação, de acordo com a lógica organizativa do município. As fontes consultadas foram as seguintes: Plano de Contingência Municipal, 44 Decretos Municipais publicados entre março de 2020 e janeiro de 2022, Notas Técnicas do Estado do Amazonas direcionados aos municípios do interior e publicações na página do facebook da Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira.

O Plano de contingência do município foi elaborado e direcionado pelo Comitê de Monitoramento de Emergência da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas, sendo ajustado e adequado conforme a especificidade do município. As ações de contenção priorizaram a organização da rede de atenção em saúde, para atendimento dos casos suspeitos e/ou confirmados de infecção pelo COVID-19, de acordo com a definição de casos e gravidade, e estabelecimento de protocolos e procedimentos padronizados para resposta do COVID-19. Estabelece critérios de definição de caso suspeito; fluxos de notificação e de coleta de amostras laboratoriais; respostas aos níveis de alerta, com planejamento para cada nível.

O fluxo de atendimento na atenção básica envolve o atendimento de casos suspeitos nas quatro unidades básicas do município com notificação imediata para a vigilância epidemiológica e inclui a oferta de máscara cirúrgica e monitoramento dos casos suspeitos e/ou confirmados da doença.

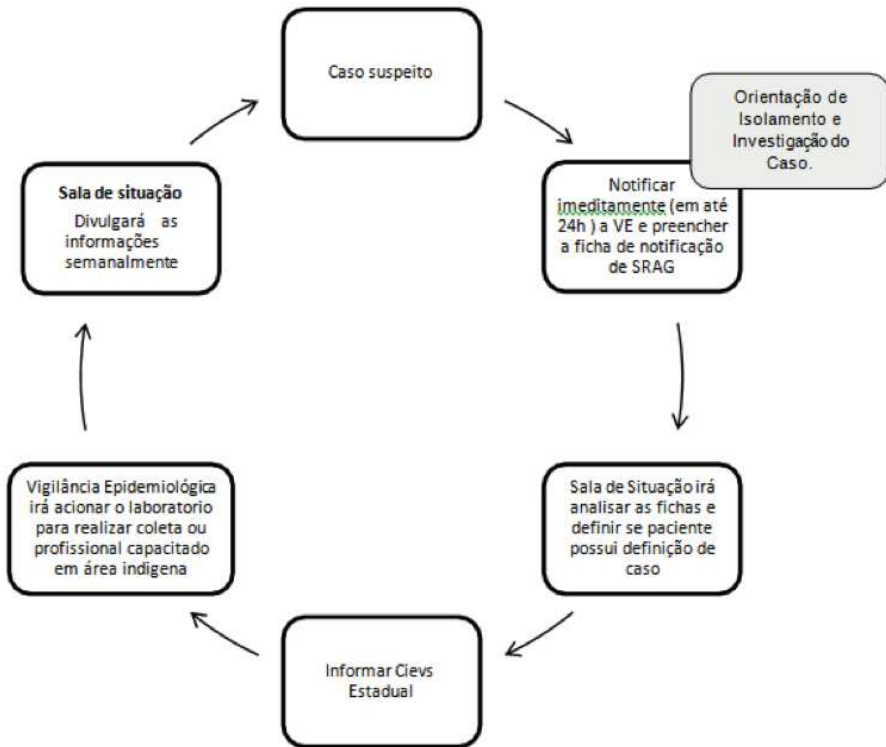
Figura 37. Fluxo de atendimento para a atenção primária.

Fonte: Plano de Contingência Municipal de São Gabriel da Cachoeira para Infecção Humana pelo SARS-CoV 2 -COVID-19 (2020).

O Plano prevê também um fluxograma para atendimentos aos indígenas aldeados, com suporte principal dos profissionais da vigilância epidemiológica municipal.

Figura 38. Fluxo de atendimento da atenção primária para atendimento ao indígena aldeado.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO COVID-19



Fonte: Plano de Contingência Municipal de São Gabriel da Cachoeira para Infecção Humana pelo SARS-CoV 2 - COVID-19 (2020).

O município de São Gabriel da Cachoeira, nos primeiros três meses, foi uma das cidades mais atingidas pelo novo Coronavírus, depois do primeiro caso confirmado no estado do Amazonas. Entre 26 de abril de 2020 e 26 de maio de 2020, os casos confirmados da COVID-19 saltaram de dois para novecentos e vinte nove casos positivos, com o registro de 21 mortes (SEMSA- SGC, 2021). O aumento do número de casos se deve também à ampliação da testagem, feita pela secretaria municipal de Saúde de São Gabriel, que realizou testagem em massa em pessoas sintomáticas.

Figura 39. Divulgação para a testagem em massa da COVID-19



TESTAGEM EM MASSA DA COVID-19

Seguindo o protocolo de enfrentamento a COVID-19, a Prefeitura de São Gabriel da Cachoeira, através da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, realizará **no período 26 a 29 de Maio de 2020**, a semana de testagem rápida para COVID-19

Critérios para fazer o teste:

- Ter sintomas para síndrome gripal há mais de 8 dias;
- Ter mais de 20 anos de idade;
- Documentos necessários: (CPF, RG e Cartão SUS).

Locais de realização do teste são:

- Escola Estadual Irmã Inês Penha;
- Ginásio da Escola Estadual Sagrada Família;
- Ginásio Arnaldo Coimbra

Horário

- Das 8h às 13h

Fonte: Facebook. São Gabriel da Cachoeira. Secretaria Municipal de Saúde, São Gabriel da Cachoeira 25 de maio de 2020. Facebook: SEMSA São Gabriel da Cachoeira (2020).

Foram descentralizados três centros de testagem direcionado à população somente no horário matutino. Um dos centros de testagem ficou localizado no centro no Ginásio Arnaldo Coimbra; o segundo foi no Bairro Dabaru, na Escola

Estadual Irmã Inês Penna, que divide o território com mais 3 bairros; o terceiro centro de testagem ficou localizado no bairro do Miguel Quirino, na Escola Estadual Sagrada Família, local onde as atividades rurais e urbanas se misturam com presença de sítios, fazendas e casas mais afastadas uma das outras.

Figura 40. Centro de testagem – Ginásio da Escola Estadual Sagrada Família



Fonte: Facebook. São Gabriel da Cachoeira. Secretaria Municipal de Saúde, São Gabriel da Cachoeira 29 de maio de 2020. Facebook: SEMSA São Gabriel da Cachoeira (2020).

As equipes de saúde da família realizaram teste rápido em pessoas sintomáticas priorizando atendimento para idosos, acamados e pessoas com deficiência. Além do trabalho de busca ativa realizada nas áreas de abrangência das unidades básicas, as equipes tinham uma demanda de atendimento para além

do preconizado pelo Ministério da Saúde. Com isso, a secretaria de saúde fez um processo seletivo simplificado (PSS) para aumentar a oferta dos serviços de saúde. Em caráter de urgência os aprovados do PSS formaram uma equipe de monitoramento somente para pessoas que tinham o teste positivo para COVID-19 ou tinham suspeitas de contaminação pelo vírus.

Figura 41. Realização de teste rápido domiciliares para detecção da COVID-19.



Fonte: Facebook. São Gabriel da Cachoeira. Secretaria Municipal de Saúde, São Gabriel da Cachoeira 29 de maio de 2020. Facebook: SEMSA São Gabriel da Cachoeira (2020).

As ações das equipes de saúde foram intensificadas para além das unidades básicas. Os agentes de endemias formaram uma equipe direta para desinfecção de ambientes no horário após as 17h, para não interferir no atendimento de saúde. A Vigilância utilizou a recomendação da Secretaria Estadual de Saúde através da Nota Técnica nº 19 da Fundação de Vigilância em Saúde que recomendou o uso de hipoclorito para desinfecção de locais públicos (Figura 42).

Figura 42. Desinfecção de vias e ambientes públicos.



Fonte: Facebook. São Gabriel da Cachoeira. Secretaria Municipal de Saúde, São Gabriel da Cachoeira 29 de maio de 2020. Facebook: SEMSA São Gabriel da Cachoeira (2020).

INSTITUIÇÃO DE BARREIRAS SANITÁRIAS NO ENTORNO DO MUNICÍPIO E REGIÕES DE FRONTEIRA

As barreiras sanitárias foram montadas nos principais portos da sede do município, o porto de Camanaus, local de onde chegam as embarcações das cidades de Manaus, Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro; o Porto Queiroz Galvão que recebe os indígenas aldeados das comunidades e no aeroporto. As barreiras sanitárias contavam com profissionais de saúde da SEMSA, além do apoio DSEI- ARN, Exército, Polícia militar e guarda municipal.

Com base nas fronteiras do município, que incluem fronteiras internacionais, foram implementadas barreiras nos seguintes pontos do território: a) atuação em barreira sanitária municipal- Porto de Camanaus, Porto Queiroz Galvão; b) na UBS Fluvial- Foz do Rio Curicuriari; c) na terra indígena Balaio, Km55- BR 174; d) na comunidade Ilha das Flores; c) no pelotão especial de fronteira no

território indígena de Cucuí; d) no pelotão especial de fronteira no território indígena de Tunuí; e) no pelotão especial de fronteira no território indígena de São Joaquim; f) no pelotão especial de fronteira no território indígena de Querari; g) no pelotão especial de fronteira no território indígena de Yauaretê; h) no pelotão especial de fronteira no território indígena de Pari Cachoeira. Foi realizada a articulação com o Exército Brasileiro para atuação nas barreiras sanitárias em aldeias fronteiriças: Tukano- Rio Xié; Camanaus- Rio Içana; Melo Franco- Rio Papuri; Fronteira- Rio Tiquié.

Figura 43. Barreira sanitária municipal - Porto de Camanaus.



Fonte: Facebook. São Gabriel da Cachoeira. Secretaria Municipal de Saúde, São Gabriel da Cachoeira 31 de março de 2020. Facebook: SEMSA São Gabriel da Cachoeira (2020).

ACÇÕES DE ENFRENTAMENTO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS INDÍGENA ALTO RIO NEGRO E YANOMAMI

Com a pandemia oficialmente anunciada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em março de 2020, foi instituído o Comitê de Crise para planejamento, coordenação, execução, supervisão e monitoramento dos Impactos da COVID-19 no âmbito da Saúde dos Povos Indígenas (Portaria nº 3, de 17 de abril de 2020). O foco do Comitê teve como objetivo elaborar orientações específicas, visando nortear e dar suporte na organização dos atendimentos na assistência à população indígena no território de abrangência do DSEI Alto Rio Negro.

Dado a representatividade e as diversidades dos povos indígenas no territó-

rio e da presença institucional das forças armadas, as estratégias adotadas têm forte interlocução com o Exército Brasileiro e os povos indígenas como foco de grande parte das medidas.

I. PLANO OPERACIONAL PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM TERRITÓRIOS INDÍGENAS LOCALIZADOS EM ÁREA DE FRONTEIRA (PLANO OPERACIONAL Nº 02/2020)

O Plano foi formulado com as seguintes competências: a) definir procedimentos e fluxos para a detecção e o controle do COVID 19 em fronteiras; b) estabelecer ações a serem empreendidas em áreas fronteiriças para minimizar o risco da disseminação do COVID 19 no território nacional; c) proteger a saúde dos indígenas brasileiros e estrangeiros que transitam em áreas fronteiriças, bem como das equipes de saúde do DSEI/ARN e Exército Brasileiro; d) implementação de Barreiras Sanitárias em áreas de fronteira.

II. PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA INFECÇÃO HUMANA PELA COVID-19 PROVOCADA PELO NOVO CORONAVÍRUS EM POVOS INDÍGENAS DE RECENTE CONTATO (PIRC)

O Plano envolve os povos Nadöb, Dow, Hupdah e Yuhupdeh, assistidos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro. O Plano visa a prevenção da doença causada pelo COVID-19, a realização de ações para o enfrentamento em caso de surto, além disso, define o nível de resposta e a estrutura de comando correspondente a ser configurada em cada nível de resposta. A articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde é consoante com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

Tratando-se de populações indígenas de recente contato, destacam-se três questões a serem consideradas na elaboração/adequação dos Planos de Contingência distrital: a vulnerabilidade epidemiológica, a atenção diferenciada à saúde, inerente à atuação em contexto intercultural e, a influência de aspectos socioculturais no fluxo de referência no Sistema Único de Saúde (SUS).

III. PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19) EM POVOS INDÍGENAS - DSEI ALTO RIO NEGRO

A necessidade da elaboração deste plano fundamenta-se em critérios técnicos tomando por base a transmissão e a doença causada pelo COVID-19, assim como as projeções do seu comportamento, além das orientações dos órgãos

oficiais de saúde nacionais e pela Organização Mundial de Saúde sobre o novo Coronavírus (2019).

Assim, o Plano de Contingência tem como objetivo orientar e capacitar os profissionais de saúde do DSEI Alto Rio Negro e instituições dos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos, de abrangência do DSEI. A formação tem busca qualificar a execução do plano de intervenção e prevenção para o novo Coronavírus COVID-19 em área indígena, de acordo com as normas e procedimentos recomendados pela OMS.

Neste plano de contingência foram apontadas todas as alterações referentes ao processo de trabalho necessário neste período de pandemia. Desta, salientamos o impacto negativo que esta alteração trouxe aos indicadores de saúde, por conta da diminuição nos atendimentos e principalmente a orientação lógica da SESAI, sobre a suspensão dos atendimentos odontológicos na fase mais crítica da pandemia. Outras orientações tão importantes quanto todas as precauções, em destaque o cuidado na manipulação dos corpos de usuários indígenas que foram a órbita decorrente da COVID-19.

IV. MANUAL DE RECOMENDAÇÕES PARA A GESTÃO DE RESÍDUOS EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA POR CORONAVÍRUS (COVID-19), DE 25 DE MARÇO DE 2020

Recomendar ações relativas à gestão de resíduos nesta situação de pandemia, visando garantir a proteção da saúde pública e a segurança sanitária da população, produtos e serviços, bem como, prevenir a disseminação da doença, decorrente dos resíduos sólidos nos diversos ambientes (SESANI/DSEI ARN);

V. ESTRATÉGIAS E PARCERIAS ADOTADAS PELA SESAI PARA FORTALECER AS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO A COVID-19

Foram realizadas diversas reuniões de caráter emergencial, a fim de definir as melhores estratégias para o enfrentamento da pandemia entre os povos indígenas do Rio Negro. Participaram no âmbito institucional: FUNAI, Federação das Organizações Indígenas no Alto Rio Negro (FOIRN), Expedicionários da Saúde (EDS), Fundação Amazonas Sustentável (FAZ), Instituto Socioambiental (ISA), Prefeitura Municipal de São Gabriel da Cachoeira - SEMSA. As articulações e parcerias firmadas foram com intuito de garantir assistência adequada de acordo com cada especificidade e respeitando as normas e decretos vigentes e versavam sobre: alimentação às comunidades indígenas, organização de enfermarias nas Unidades de Atenção Primária Indígena (UAPIS) para atendimentos de pacientes com sintomas moderados e graves nas aldeias, atendi-

mento e monitoramento dos indígenas aldeados com suspeita da COVID-19 na comunidade, quarentena antes do retorno para as aldeias entre outras demandas relacionadas à pandemia.

Várias ações foram realizadas em parceria, principalmente as relacionadas à educação em saúde das populações da sede e dos indígenas aldeados. Todos os meios de comunicação foram usados de forma estratégica durante a pandemia, para alcançar os povos de recente contato e as aldeias geolocalizadas em áreas remotas e de difícil acesso. Foram agendadas reuniões pela radiofonia, em horários previamente consultados com as lideranças, quando foram explanados pelas equipes de saúde e referência técnica do DSEI ARN, como se daria o processo de trabalho das equipes e as adaptações no período da pandemia. Vale lembrar que a FOIRN é a instituição responsável pelos pontos de radiofonia na região do rio negro, logo foi fundamental a parceria com diferentes setores de comunicação, pois o objetivo de ampla divulgação das informações foi alcançado com êxito. Equipes volantes foram organizadas pelas instituições para multiplicarem as informações por todas as mídias digitais disponíveis. O Instituto Socioambiental (ISA) colaborou com a elaboração dos informes nas línguas indígenas, bem como na disponibilização de recursos para impressão de banners, folhetos, panfletos, camisetas, folders e posterior disponibilização para equipes de saúde e população em geral.

VI. CRIAÇÃO DAS UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA INDÍGENA (UAPIS)

A criação seguiu a orientação do documento normativo da SESAI, sugerindo a implantação da UAPI da COVID-19 e para os protocolos de manejo clínico do Coronavírus na atenção primária à saúde conforme informe técnico da SESAI nº05/2020. A Organização das Unidades de Atenção Primária Indígena (UAPI) considerou a necessidade epidemiológica atual para o enfrentamento do novo Coronavírus, ressalta-se a importância da elaboração de estratégias de trabalho para a oferta de assistência à saúde, neste sentido foram organizados pontos estratégicos para apoio às EMSI e para os usuários do SASISUS, para que os indígenas tenham acesso à oxigenioterapia pela necessidade patológica da COVID19.

VII. CONTRATAÇÃO DE EQUIPES DE RESPOSTA RÁPIDA

Foi feito um chamamento público para contratação de Equipe de Resposta Rápida composta por profissionais de saúde aptos e dispostos a atuarem na linha de frente para diagnóstico precoce, avaliação e monitoramento de casos suspeitos de COVID-19. Estes profissionais atuaram junto às equipes multidisciplinares de saúde do DSEI ARN, dando suporte, orientando e realizando bloqueios e barreiras sanitárias em todos os Polos do Distrito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O texto procurou apresentar as estratégias de enfrentamento da COVID-19, mobilizando gestores e profissionais de saúde na realização de testes rápidos em massa, fazendo a busca ativa no território e a construção de barreiras sanitárias para impedir o aumento de casos e o agravamento da pandemia nos territórios, especialmente nas áreas indígenas. As ações foram possíveis devido às parcerias com as organizações indígenas, as forças armadas, as Organizações Não-Governamentais e os órgãos públicos.

O enfrentamento da pandemia numa região com tamanha diversidade linguística e étnica não é algo simples, pois envolve concepções saúde e doença retratando as visões de mundo. Os povos indígenas utilizaram as suas estratégias tradicionais para combater o vírus através de rituais, conhecimentos ancestrais, rezas e defumações, além das barreiras organizadas para impedir a entrada de pessoas de fora das aldeias e comunidades.

Como foi destacado no início do texto, São Gabriel da Cachoeira se destaca pela quantitativo e diversidade de povos indígenas, portanto, as notícias sobre os efeitos da pandemia a esses povos trouxeram preocupações da sociedade e dos movimentos sociais, especialmente pelas confusões e desmandos do próprio ministério da Saúde. Nesse sentido, houve uma mobilização de diversos grupos e instituições para apoiar as ações no município, demonstrando o lugar no imaginário social e político nacional e internacional que tem a questão indígena e a Amazônia. Por fim, o esforço coletivo dos povos indígenas, das instituições, das políticas públicas e da sociedade para enfrentar a pandemia em São Gabriel da Cachoeira nos mostra um caminho possível para superarmos esse momento trágico para a humanidade. Esperamos que trazer no próximo livro um maior detalhamento da pesquisa e os resultados das estratégias desenvolvidas nesse lugar tão mágico e único do planeta.

REFERÊNCIAS

Buchillet, D. (1990). **Os Índios da região do alto Rio Negro**. História, etnografia e situação das terras. Laudo antropológico remetido à Procuradoria Geral da República. Brasília, Ms.

Brasil. (2021) Ministério da Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em <http://cnes2.datasus.gov.br/>. CNES 2021. Acesso em 09.01.2022.

Brasil. (2020). Ministério da Saúde. **Nota técnica N° 04/2020 Critérios Clínicos e Critérios Epidemiológicos**.

Brasil. (2020) Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Plano de Contingência da secretaria especial de saúde indígena.**

Cunha. H.B.; Pascoaloto, D. 2006. **Hidroquímica dos rios da Amazônia.** Governo do Estado do Amazonas/ SEC/ CCPA (Série Pesquisa). Desvendando as fronteiras do conhecimento na região Amazônica do Alto Rio Negro/ Editores: Luiz Augusto Gomes de Souza, Eloy Guilherme Castellón. Manaus: [s.n], 2012. 8- 350p.

PNUD. (2022). **Atlas de Desenvolvimento Humano Municipal - São Gabriel da Cachoeira, AM.** Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/130380>. Acesso em 31.01.2022.

IBGE. (2022). **IBGE Cidades.** São Gabriel da Cachoeira/AM. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/sao-gabriel-da-cachoeira/panorama>. Acesso em 31.01.2022.

Santos, G. T. (2017) **Impacto do Programa Bolsa Família entre indígenas das etnias Hupda e Yuhupdeh no município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas - Brasil.** Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/12143/1/110595.pdf>. Acesso: 04.02.2022

Santos, M. J. L. (2020) História ecológica e a ocupação humana nas rochas do entorno da cidade de São Gabriel da Cachoeira- AM. **Dissertação (Mestrado em Rede Nacional para o ensino de ciências ambientais).** Universidade Federal do Amazonas.

São Gabriel da Cachoeira. (2020) **Plano de Contingência Municipal de São Gabriel da Cachoeira para Infecção Humana pelo SARS-COV 2 -COVID-19.**

São Gabriel da Cachoeira. (2020). **Facebook. Secretaria Municipal de Saúde,** São Gabriel da Cachoeira 29 de maio de 2020. Facebook: SEMSA São Gabriel da Cachoeira.

São Gabriel da Cachoeira. (2020) **Decreto Municipal nº 3, de 18 de março de 2020.**

Tipiti. (2014). **Artesanato, cultura, Amazonas.** Disponível em: <http://artesanato-amazonico.com.br>. Acesso: 10.01.2022.



A COVID-19 na tríplice fronteira: as estratégias na crise sanitária em Tabatinga, AM

Júlio Cesar Schweickardt

Viviane Lima Verçosa

Cristiane Ferreira da Silva

Jackeline Cristina Duque Ocampo

Klaus Estivens Lima Salazar

INTRODUÇÃO



Nos encontramos num sábado pela manhã, em torno de uma mesa no hotel em Tabatinga, para conversar sobre a COVID-19 na fronteira. A conversa foi alternada entre risos tomados pelo encontro e silêncio pelas histórias trágicas que escutávamos. A responsabilidade do setor de levantamento epidemiológico no município vivenciou desafios significativos, pois não se tratava de mais uma epidemia, de tantas que afetam a Amazônia, mas de uma pandemia que nos traz narrativas e histórias diversas de como foi o cotidiano de uma pandemia na fronteira.

Normalmente os textos sobre a COVID-19 trazem gráficos, tabelas, descrições de números e estatísticas, mas muito pouco sobre a vida das pessoas, suas lutas e seus dilemas. Em especial, pouco sabemos sobre os trabalhadores e gestores, sobre as decisões para os momentos difíceis, os dilemas e as horas pensando no que fazer diante do caos. Não pretendemos contar todas as histórias, pois fugiria do objetivo inicial desse texto e também porque uma história toda nem seria possível, pois são muitas e contadas por diferentes atores. No entanto, fica a aposta em registrarmos o “diário da peste”, não como ficção, mas como vivências e ações que se efetivaram nos territórios.

Buscamos neste capítulo apresentar algumas informações relacionados ao município de Tabatinga/AM frente a pandemia da COVID-19, desde os seus relatórios de indicadores, campanhas, planos de ação e operacionalização das vacinas e ofertas de serviços. A discussão contempla o projeto “Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”.

As singularidades e os modos de vida dos territórios do Amazonas como as áreas indígenas, ribeirinhas, quilombolas e de fronteiras, significou desafios diferenciados no enfrentamento da pandemia. Desse modo, o acesso ao Sistema de Saúde aponta desafios importantes, especialmente em relação às questões geográficas, dispersão populacional e oferta de serviços (Schweickardt, 2021; Heufemann, 2019; Almeida, 2021).

O surto epidêmico gerado pelo novo Coronavírus traz desafios ao Sistema Único de Saúde, que aponta a necessidade de medidas emergenciais e de controle. Estados e municípios criaram estratégias de enfrentamento à pandemia como Planos de Contingência, Decretos, Operações, barreiras sanitárias, aplicação de medidas não farmacológicas e outras ações locais. Desse modo, os serviços de saúde necessitaram adaptar estruturas, formar profissionais, comprar insumos como medidas emergenciais para responder às questões sanitárias e sociais decorrentes da COVID-19.

O texto foi construído a partir de dados secundários e documentais com informações sociodemográficas, epidemiológicos e as ações desenvolvidas no município. O levantamento foi realizado junto à Secretaria Municipal de Tabatinga-AM e Prefeitura do município, que disponibilizou a base de dados produzidos na pandemia. Além disso, tivemos uma longa conversa com o responsável pelo setor epidemiológico do município que nos apresentou a pandemia a partir da gestão.

No dia 13 de março de 2020, a saúde pública do município declara estado de alerta, pouco mais de um mês após a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarar uma nova pandemia, sendo exatamente trinta dias após o primeiro caso confirmado na cidade de Manaus, capital do Amazonas.

A região não foi diferente em relação às outras no que se refere ao negacionismo, fake news e o excesso de (des) informação, pois dificultou ainda mais os protocolos de prevenção e recomendação, boas práticas de higiene e limpeza, comportamentos, procedimentos e medidas individuais e coletivas, bem como a imunização, como uma das formas mais efetivas de combater a proliferação do vírus. No entanto, vamos procurar relatar as estratégias locais para enfrentar a pandemia e outras questões que interferem na condução de uma política de saúde.

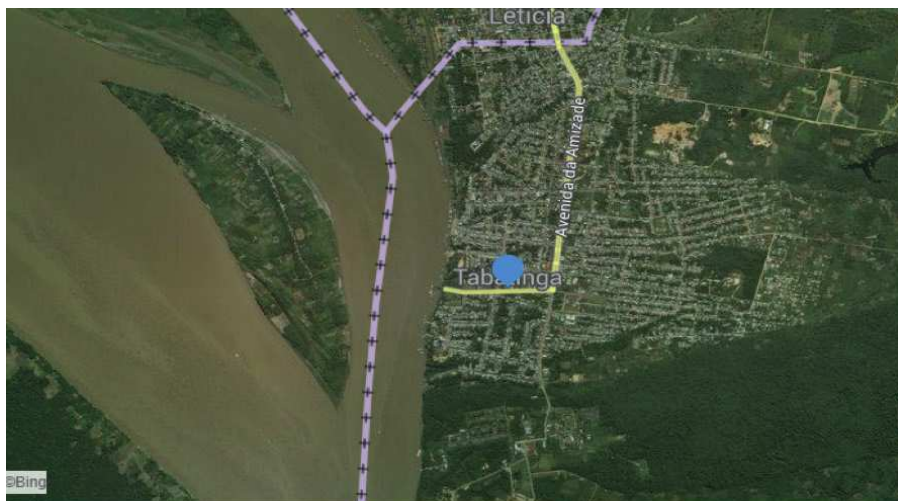
INFORMAÇÕES SOBRE O MUNICÍPIO

Tabatinga está localizada na região sudoeste do Amazonas, conhecida como tríplice fronteira com os países do Peru e Colômbia. A população estimada de Tabatinga, em 2021, é de 71.317 habitantes (IBGE, 2021). O município apresenta expressiva população indígena aldeada de 18.912 indígenas (SIASI, 2021). A

gestão da saúde indígena é realizada pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões (DSEI ARS), que também mobilizou os trabalhadores da saúde indígena, lideranças e controle social para o controle da pandemia nos seus territórios. Desse modo, realizaram barreiras sanitárias na tentativa de conter o vírus nas aldeias e comunidades próximas à cidade.

A cidade de Tabatinga foi fundada na primeira metade do séc. XVIII a partir de um destacamento militar proveniente do Javari, região ao sul na fronteira entre Brasil e Peru. O objetivo era resguardar as fronteiras e as disputas entre Portugal e Espanha. As fronteiras foram estabelecidas somente na década de 1930. A origem da palavra Tabatinga é da língua tupi, que significa barro branco que tem característica viscosa, sendo encontrado no fundo dos rios e no Tupi-Guarani Tabatinga significa casa pequena (IBGE, 2021).

Figura 44. Mapa satélite do município de Tabatinga (2006-2016).



Fonte: Imagem internet. Plano de Tabatinga (2021).

Além da alta migração que a região vem recebendo de diversas áreas dos respectivos países vizinhos, há uma grande circulação transfronteiriça de grupos populacionais altamente móveis, como povos indígenas, principalmente Ticunas, bem como comerciantes, funcionários públicos (especialmente militares) e turistas.

Em relação aos aspectos econômicos, o município se destaca na pesca, comercialização de alimentos, madeira, entre outros produtos de consumo diário para os países fronteiriços de Colômbia e Peru.

Figura 45. Mapa fronteiriço (2011)

Fonte: Populações fronteiriças, universidade Nacional (2011).

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A saúde do município está organizada em Atenção Primária, onde temos as unidades básicas sobre a gestão do município com 8 Unidades Básicas de Saúde e uma UBS Fluvial, contam com 21 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo 18 urbanas, 03 rurais; e a área indígena, sobre a gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões (DSEI ARS) com 04 unidades de saúde, sendo 3 Polos Base (Polo Base de Belém do Solimões, Umariacú 1 e Umariacú 2), e 01 posto de Saúde de Sapotal. E a Atenção Secundária no Hospital de Guarnição de Tabatinga (HGUT) sobre a gestão do exército Brasileiro; a Unidade Hospitalar de Tabatinga (UHT) e Maternidade Celina Villacrez Ruiz sobre a gestão do estado do Amazonas. O município não dispõe de Atenção Terciária, onde os casos necessários são referenciados para a Capital Manaus.

As ações de combate e prevenção à chegada do vírus na primeira fase foram articuladas pela Secretaria de Saúde do município e DSEI ARS, junto a todos órgãos do município. Durante a pandemia, a Unidade Hospitalar de Tabatinga (UHT) foi a referência para os casos de COVID-19, e o Hospital de Guarnição de

Tabatinga (HGUT) passou a ser a referência para as internações graves de pacientes que necessitavam de respiração mecânica.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À COVID-19

As estratégias de enfrentamento à COVID-19 foram essenciais para controlar o poder de transmissibilidade. As ações iniciais de contingência vislumbradas na Primeira Onda da pandemia, datada pela saúde pública do município no dia 24 de março de 2020 a 14 de novembro de 2020, seguem descritas abaixo:

- Criação do Gabinete de Gestão Integrada de Fronteira –GGIFRON;
- Criação de Barreiras Sanitárias em pontos estratégicos de entrada e saída de pessoas;
- Suspensão das aulas das escolas municipais e estaduais;
- Fechamento das atividades comerciais, consideradas não essenciais;
- Suspensão e/ou modificação das atividades laborais dos órgãos federativos;
- Criação de Planos de Contingência;
- Formação de parcerias interinstitucionais, com intuito de formação de Rede Única de Saúde, com seus devidos fluxos;
- Orientação da rede comercial para a prevenção.

O DSEI ARS elaborou o redimensionamento das atividades frente à demanda de trabalho na saúde indígena, realizando as ações a seguir:

- Criação de Planos de Contingência do DSEI ARS;
- Criação de Barreiras Sanitárias nas entradas das Comunidades indígenas do Umariacú 1 e Umariacú 2;
- Criação de Barreiras Sanitárias no aeroporto e porto fluvial;
- Fluxograma de atendimentos e manejo dos casos de COVID- 19;
- Organização dos atendimentos e medidas de prevenção no local de trabalho;
- O aleitamento materno nos tempos de COVID- 19;
- Adaptação de um hotel no município de Tabatinga funcionando como um isolamento para deixar em quarentena todos os pacientes que apresentassem casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, com o intuito de manter o paciente em isolamento fora da aldeia até

se confirmar ou descartar o caso, e em caso confirmado, o paciente permanecia fora da aldeia até a cura;

- Remoção de casos suspeitos graves para município de referência;
- Orientações de medidas de prevenção e controle para as comunidades indígenas, lideranças das comunidades, CASAI e EMSI;
- Orientações de precauções a considerar quanto ao arejamento e viagens a serviço dos trabalhadores.

Ressalta-se a importância da criação de Gestão Integrada de Fronteira- GGI-FRON, como um meio de articulação com as regiões fronteiriças à Tabatinga, Peru e Colômbia. Contudo, as ações executadas de enfrentamento e mitigação à COVID-19 não foram suficientes para impedir que o vírus se espalhasse. Na Segunda Onda da pandemia foi necessário a criação de novas intervenções e estratégias para evitar a maior disseminação do vírus na região de fronteira, bem como suportar a alta demanda de casos identificados e óbitos. As ações foram as seguintes:

- Modificação e redirecionamento dos fluxos e atividades das Unidades Básicas de Saúde – UBS, Coordenações e Gerências da SEMSA;
- Contratação de mão de obra especializada em caráter excepcional e temporária especial;
- Criação de uma segunda equipe do SAMU, específica para atender os casos de COVID-19, prevenindo o aumento de casos;
- Criação de uma equipe multidisciplinar volante, para atender os casos em monitoramento in loco;
- Criação de uma equipe remota para monitoramento via telefone;
- Criação de uma equipe extra de Vigilância, para atuar nas investigações de casos suspeitos nos territórios cobertos pela Estratégia de Saúde da Família – ESF;
- Criação de uma equipe especializada para executar coletas externas em usuários suspeitos e monitorados;
- Formação de uma equipe para executar a sanitização de ambientes de grande circulação de potenciais infectantes;
- Aquisição de Testes Rápidos;
- Aquisição de Equipamentos de Proteção Individual – EPI;
- Aquisição de medicamentos específicos;
- Contratação de voos para o transporte de insumos (chegada) e transporte de amostras (ida);

- Solicitação de suspensão temporária dos voos comerciais;
- Aumento da fiscalização nos estabelecimentos comerciais;
- Contratação de equipe para serviço funerário e reorganização do trabalho;
- Aumento do contingente policial com o intuito de coibir a contaminação.

Na Segunda Onda, novas estratégias foram reorganizadas pelo DSEI ARS, tais como:

- Modificação e redirecionamento dos fluxos e atividades das Unidades Básicas de Saúde do DSEI ARS, SEMSA;
- Contratação de Equipe de Resposta Rápida- ERR, para atuarem nos polos base;
- Implantação da Unidade de atendimento à população indígena (UAPI) em todos os pólos base do DSEI ARS.

A seguir, alguns registros da readequação dos serviços que precisaram ser criados frente a pandemia da COVID-19 em Tabatinga/AM.

Figura 46. Criação do SAMU COVID- 19



Fonte: SEMSA Tabatinga, 2021.

Figura 47. Criação de uma equipe para sepultamento de vítimas do Corona-vírus- Maio 2020.

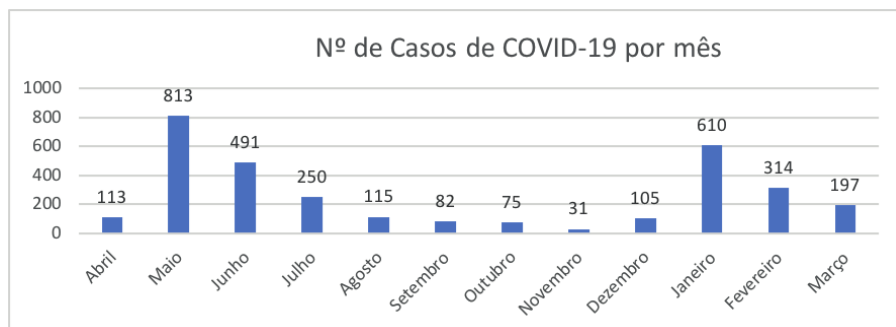


Fonte: SEMSA Tabatinga, 2021.

SITUAÇÃO DA PANDEMIA NO MUNICÍPIO

O Gráfico 23 apresenta dados de casos confirmados por mês, a partir de abril de 2020 a março de 2021, mostrando uma curva de números de casos, que estava descendente e no mês de dezembro passa a ser ascendente, com aumento exacerbado em janeiro com uma tendência de redução a partir de fevereiro, ainda com redução no mês de março.

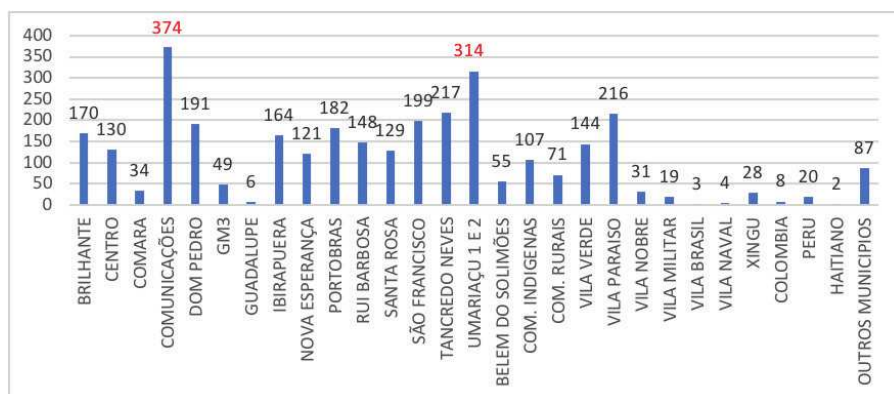
Gráfico 23. Número de casos de COVID- 19 de abril de 2020 a março de 2021.



Fonte: SEMSA Tabatinga, 2021.

Em dezembro de 2020 é decretada a Segunda Onda, sustentada pelo crescimento expressivo de casos em janeiro de 2021, chegando a 610 casos confirmados no município. O Gráfico 24 apresenta dados de casos positivos por bairros do município com um total de 3.223 casos, onde podemos observar que o bairro com maior número de casos é o bairro Comunicações que apresenta o maior número de casos confirmados, 374 casos positivos para COVID-19, também foram anexados casos de estrangeiros e de outros municípios: Peru 20, Colômbia 08, Haitianos 02 e outros municípios com 87 casos.

Gráfico 24. Número de casos confirmados de COVID- 19 por idade.



Fonte: SEMSA Tabatinga, 2021.

Os altos índices apresentados no gráfico 2 faz referência aos bairros, que aparecem com segundo maior índice de pessoas contaminadas nas comunidades indígenas Umariáçu 1 e Umariáçu 2, terras indígenas (TI) consideradas como bairros pelo município. O número de contaminados é expressivo, chegando a 314 casos confirmados.

O Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões (DSEI ARS) que atende a segunda maior população indígena do Brasil, necessitou elaborar um Plano de Contingência frente à pandemia, com o intuito de preparar as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena na organização, manejo e medidas de prevenção no trabalho, bem como a inserção das barreiras sanitárias que foram criadas nas entradas das comunidades adjacentes à Tabatinga. O novo Coronavírus contagiou preferencialmente as populações cujas condições sociais preexistentes as tinham tornado mais vulneráveis (Santos, 2021).

Mesmo com as estratégias de barreiras sanitárias adotadas pelas instituições e as práticas tradicionais dos indígenas aldeados que vivem nas proximidades da

cidade, percebemos que os índices de contaminação e proliferação do vírus nas aldeias foram expressivos. O que ocorreu em boa parte do mundo, no entanto, as especificidades e protocolos direcionados para contenção do vírus, muitas vezes não se adequavam a realidade de grupos, pessoas, nações, lugares e povos, realidades culturais, socioeconômicas, modos de vida e de se relacionar. O “fica em casa” não foi uma realidade para muitos, atravessando as necessidades de isolamento social, quarentenas, distanciamento, entre outras medidas de controle dessa doença devastadora.

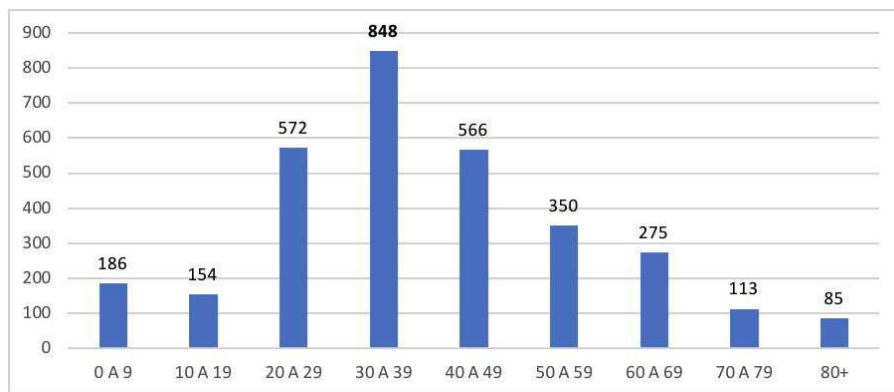
Figuras 48 e 49. Barreiras Sanitárias na Comunidade indígena Umariacú I.



Fonte: Arquivo DSEI/ARS, 2020.

Nas aldeias, por exemplo, as residências são compostas geralmente por mais de uma família, e não sair de casa tornou-se um grande desafio. As atividades produtivas e de existência dos povos indígenas dessas comunidades provém das roças e pesca, venda de frutas, peixe e artesanatos na cidade. Assim, não foi possível cumprir com as medidas de isolamento pela própria necessidade de manutenção da vida.

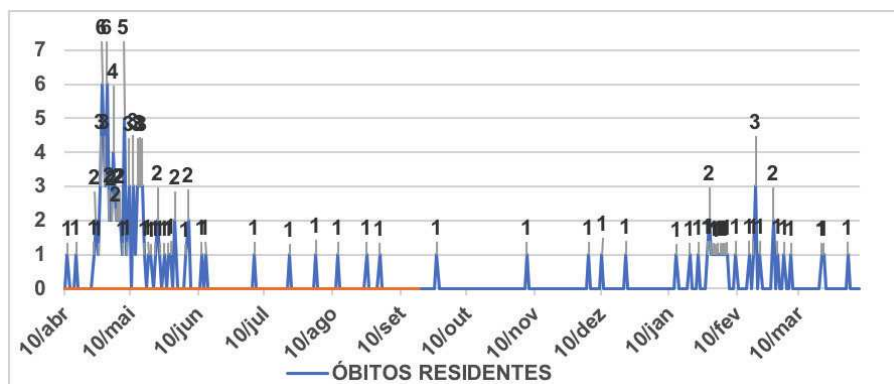
Gráfico 25. Distribuição de casos positivos por faixa etária no período de abril de 2020 a março de 2021.



Fonte: SEMSA Tabatinga, 2021.

O Gráfico 25 apresenta dados de casos positivos por faixa etária em Tabatinga, onde podemos observar que a faixa etária mais acometida por este agravo é de 30 a 39 com 848 casos notificados, são adultos trabalhadores.

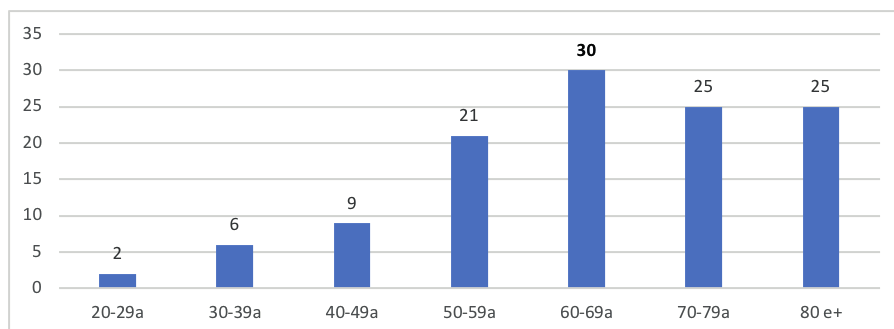
Gráfico 26. Óbitos por COVID- 19 em Tabatinga.



Fonte: SEMSA Tabatinga, 2021.

O Gráfico 26 apresenta número de óbitos por data de ocorrência, apresentando picos de óbitos nos dias 26/04, 27/04 e 07/05, no total de 118 óbitos confirmados por COVID-19.

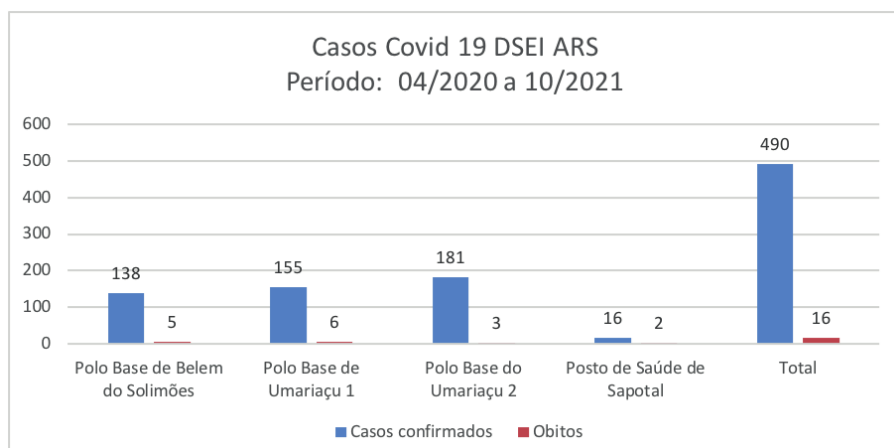
Gráfico 27. Distribuição de óbitos de COVID- 19 por faixa etária, abril de 2020 a março de 2021.



Fonte: SEMSA Tabatinga, 2021.

O gráfico acima apresenta dados de óbitos por faixa etária, onde podemos observar que os óbitos com maior número são de pessoas idosas de 60 a 69 com 30 óbitos por COVID-19.

Gráfico 28. Casos de COVID- 19 no DSEI ARS, município de Tabatinga.



Fonte: DSEI ARS/ Boletim COVID-19/atualizado em 04/10/2021.

O Gráfico 28 nos mostra que do início da pandemia da COVID- 19, até outubro/2021, houve 490 casos confirmados nas aldeias de abrangência do município de Tabatinga sobre a responsabilidade do DSEI ARS, com o total de 16 óbitos, sendo 3,26% óbitos dos casos notificados.

A FRONTEIRA: FECHA OU NÃO FECHA

Na primeira onda da pandemia, a fronteira foi fechada na Colômbia e Peru, com a iniciativa desses países. Gerou conflitos e muita tensão porque a cidade de Letícia foi isolada das outras regiões do seu país, sendo o aeroporto fechado. O único acesso com a capital Bogotá e outras regiões da Colômbia é por via aérea, sendo por onde se realiza o abastecimento da cidade. Quando o aeroporto ficou fechado por 3 meses, a cidade começou a ter problemas de abastecimento, tendo que recorrer à Tabatinga, mas aí a fronteira também estava fechada. Assim, iniciou um longo processo de negociação entre o governo de Letícia/Colômbia e o Departamento do Amazonas com o Gabinete de Gestão Integrada de Fronteira – GGIFRON.

No entanto, não eram somente os alimentos que cruzam as fronteiras, mas também os trabalhadores e os familiares que têm casamentos entre países. As pessoas cruzam a fronteira todos os dias, sem necessitar de apresentação de documentos, pois é somente cruzar uma rua para passar de um país a outro. Mas a decisão de fechar a fronteira foi unilateral da Colômbia, o que o Brasil acatou, mas diversas questões precisavam ser negociadas como o fornecimento de alimentos, insumos, gás e outros. Letícia teve 294 óbitos e mais de 3 mil casos, segundo informações da Colômbia, onde o número populacional é de 48.144 habitantes. O que mais agravou a situação da cidade de Letícia foi que possui somente dois leitos de semi-intensivos, os casos graves eram transferidos para Bogotá, ou aguardar a morte chegar. O governo colombiano fechou as fronteiras pelo medo da variante P1, que essa entrasse para o seu país, vindo de Manaus. Com o caos que ocorreram em Manaus, não dá para culpar o país vizinho pelo medo.

Na fronteira com o Peru, a marinha peruana fechou o acesso pelo rio, impedindo os passageiros, deixando passar somente as mercadorias, sendo flexibilizado posteriormente para o transporte de alimentos. Cabe ressaltar que o Peru abastece Tabatinga e a região com frutas, verduras e legumes. Além disso, as comunidades de Santa Rosa e Islândia (próximo do município de Benjamin Constant) possuem estruturas muito pequenas de serviços de saúde, sendo possível que mais pessoas necessitariam de apoio do SUS do que o contrário.

Depois de três meses, as fronteiras foram abertas e não mais foram fechadas, permanecendo até o início de 2022. De fato, não faz muito sentido fechar uma fronteira que culturalmente é fluída e vivida, sendo mais importante a negociação de

como realizar o enfrentamento da pandemia e realizar a troca de informações. As informações na pandemia são fundamentais e vimos que foi importante para a tomada de decisões diárias. Nos países vizinhos há mais dificuldades com as informações devido a um sistema de informações desorganizado. No entanto, as informações ocorreram e foram importantes para elaborar as estratégias necessárias.

No momento que chegam os testes rápidos, algo que não aconteceu no início da pandemia devido à novidade e à falta desses testes, foi possível acompanhar o desenvolvimento dos casos nos territórios. No entanto, os testes de PCR eram enviados para o Laboratório Central (LACEN) em Manaus, o que demorava de 60 a 90 dias para o resultado, impedindo uma ação mais rápida. Isso mudou quando a Fiocruz, Fundação de Vigilância em Saúde (FVS) e Estado instalaram um equipamento para a realização de PCR no Laboratório de Fronteira, tendo o resultado em poucas horas.

Houve uma colaboração entre Brasil e Colômbia que doaram Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e o Brasil fez doação de testes rápidos. Já as trocas com o Peru foram mais no sentido de ajudar o país com os casos graves, na testagem e vacinação. Apesar de que o Peru comprou vacina antes do Brasil e, portanto, iniciou a vacinação antes. O Brasil fez a oferta para a testagem das comunidades peruanas. Em agosto de 2021 teve um alerta da região de Loreto, no Peru, sobre uma variante andina, sendo instalada uma barreira sanitária no porto para a testagem de todas as pessoas que vinham do Peru.

Uma questão que é importante destacar é que as relações entre os profissionais de saúde dos diferentes países são mais eficazes do que os acordos internacionais. Os profissionais se conhecem e por isso trocam informações e insumos. Além disso, estão realizando cursos juntos como é o caso da especialização de vigilância em saúde, oferecido pela Fiocruz Amazônia.

OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PANDEMIA

A falta de oxigênio aconteceu na primeira onda da pandemia, ficando uma semana sem cilindros de O₂. O município ficou sem o abastecimento do Estado, os cilindros que compravam da Colômbia estavam bloqueados pelo fechamento da fronteira. O Hospital tinha uma miniusina de O₂, mas estava quebrada e não estava operando. Assim, o município se prontificou a comprar a peça e trazer um técnico para colocar em funcionamento, enquanto isso a UPA recebia uma usina de grande porte e o exército conseguiu adquirir uma outra miniusina do governo federal. Depois de ter duas usinas, o hospital passa a ser referência para as internações de COVID-19 para a região do Alto Rio Solimões. Com a autonomia na geração do O₂, o município de Tabatinga passou a apoiar municípios vizinhos. Tabatinga, por ser referência regional, recebeu pacientes dos outros municípios da região. Assim, como

recebeu pacientes do Peru e Colômbia que não eram regulados por esses países, mas por questões humanitárias eram recebidos na rede do Brasil.

Há que destacar que os usuários que têm dupla cidadania aproveitam o que há de melhor nos dois sistemas de saúde. Por exemplo, Colômbia iniciou a vacinação a partir de 18 anos muito tempo antes do Brasil, assim brasileiros com cidadania colombiana se vacinaram. Do mesmo modo que colombianas, com filhos ou esposo brasileiros, puderam usufruir dos serviços de Pronto Atendimento e dos cuidados preventivos no Brasil. *“Os moradores da fronteira aproveitam os sistemas de saúde que estão disponíveis”.*

QUEM É O DONO DO CORPO?

Quando morreu a primeira pessoa no domicílio, a gestão se deparou com o problema de como proceder com o corpo, quem eram os responsáveis e onde enterrá-lo. A primeira providência do município foi construir um cemitério novo porque o antigo estava sem espaço e não tinha como abrir novas covas na terra. A orientação da Vigilância é que o corpo seja enterrado na terra. O novo cemitério está afastado da cidade e o acesso é por uma estrada de barro que no período da chuva fica difícil de transitar.

Quando chega o aviso do óbito em domicílio, nenhum dos órgãos quis se responsabilizar, pois todos alegavam falta de preparo, mas também havia muito medo e dúvida sobre a COVID. Depois de algumas horas de negociação ou de empurra-empurra, finalmente a Vigilância assumiu para si o manejo e o preparo do corpo para ser enterrado.

Uma ambulância velha foi concertada para servir de carro funerário e uma equipe foi treinada para o manejo do corpo segundo o Protocolo do Ministério da Saúde. As pessoas envolvidas possuem todos os materiais de EPI para o manejo dos enterros. Ao todo ocorreram 126 óbitos, sendo 23 indígenas. Houve a necessidade de realizar uma cova coletiva porque num mesmo dia tiveram 19 óbitos, não dando conta de todos os procedimentos para os enterros individuais, considerando o tempo que tinham para realizar os procedimentos e a quantidade de pessoas dispostas e treinadas para isso.

Houve o caso de um indígena que a família não confiava que o seu parente estava no caixão, então esperou todos os procedimentos e fez o desenterro para verificar se realmente era o familiar que estava naquela cova. Isso aconteceu em outros lugares com não-indígenas, especialmente quando se utilizou o recurso de covas coletivas e quando havia um número muito alto de mortes diárias, quando houve uma pane nos sistemas de registro e acompanhamento.

Aconteceram mortes em embarcações porque os passageiros contraíam o vírus em Manaus, adoeciam e faleciam no barco que leva em torno de 7 ou 8 dias de viagem. Tabatinga é o ponto final das linhas que vêm de Manaus, passando por várias cidades no trajeto. Somente no período de fechamento dos portos e dos transportes que foi possível controlar o trânsito de pessoas e do vírus. A decisão de fechar ou abrir os portos era tomada a partir dos dados epidemiológicos, que era referendado pela Comissão Intersetorial.

O CASO DA CURA-COVID-19

Tabatinga não poderia deixar de ter o seu caso de cura-COVID-19, o que não era exatamente o tão divulgado Kit COVID. Um médico renomado na cidade, de cidadania colombiana e brasileira, resolveu seguir uma tese de que a Ivermectina veterinária curava a COVID ou impedia de contraí-la. Desse modo, passou a divulgar para profissionais de saúde e usuários de que estava aplicando 0,5 ml de Ivermectina em sua clínica no valor de R\$ 300,00 a dose única.

A Ivermectina veterinária era facilmente comprada em Letícia em frascos de 500 ml e no seu rótulo está claramente dizendo que é uma medicação para bovinos, inclusive trazendo uma imagem de boi. Apesar dessas informações, as pessoas se “vacinaram” com a injeção, procurando a imunidade e proteção. Nesse momento, as pessoas se agarravam a esse tipo de discurso, pois vinha de um médico respeitado e conhecido na cidade, logo não deveria estar muito longe da verdade.

Quando houve denúncia, a secretaria passou a divulgar informes sobre a “cura” para dizer que o tratamento não tinha eficácia científica e que a medicação era de uso veterinário. No entanto, não é impossível a crença e tal tipo de tratamento num país que divulgou e produziu o tratamento precoce da COVID. Resultado, o médico faleceu de COVID juntamente com a sua “cura”, mas ainda assim, as pessoas acham que não tiveram COVID devido a Ivermectina bovina. Nesse sentido, podemos imaginar o nível de negacionismo de profissionais e das pessoas que ocupam lugares de decisão.

O médico faleceu em Manaus, mas como era muito estimado pela população foi trazido para ser enterrado em Tabatinga, o que criou o precedente, pois o protocolo orienta que os falecidos sejam enterrados na cidade do óbito. Depois disso, outros corpos puderam ser devolvidos à cidade de origem.

A SEGUNDA ONDA: MAIS APRENDIZADO

A primeira onda foi mais traumática porque tudo era novo e tinham que aprender como lidar com a doença enquanto a pandemia acontecia. A segunda onda foi

mais tranquila, com 64% menos óbitos. O número de internações e de casos foram idênticos, mas os óbitos foram muito inferiores. Isso se deve pelo acúmulo de informações e as experiências que foram sendo vividas desde o primeiro momento. Segundo o secretário municipal: *“entendemos a receita do bolo”*.

Foram contratados agentes de vigilância epidemiológica ou deslocados de outras vigilâncias para atuarem junto às UBS para realizar a coleta de exames e também para alimentar os dados de COVID. Desse modo, houve uma descentralização das ações de vigilância. A pandemia mostrou a importância de se colocar em prática os preceitos da vigilância dos territórios, ou seja, informação para a tomada de decisão. Ao mesmo tempo que se viu que as ações precisam ser integradas com outros setores e outras instituições. As ações precisam ser coletivas para o efetivo controle da pandemia. Evidentemente, que nem tudo se tem o controle porque a desinformação anda pari passu com a informação.

Por fim, lembrar que a fronteira mostra a necessidade da flexibilidade das instituições e das normas, apesar dos países pensarem em termos de segurança nacional, mas as melhores decisões são aquelas que são pensadas a partir da realidade local, com as pessoas que ali existem e com a sua cultura.

A VACINA CHEGOU

A pandemia escancarou as vulnerabilidades já existentes. Tornou-se um grande desafio para a ciência e para a saúde em suas diferentes esferas assistenciais vivenciar a pandemia do Novo Coronavírus. O que somou aos percalços vividos pelos profissionais de saúde, assim como para todos mundialmente envolvidos no enfrentamento da pandemia, o negacionismo se fez presente como um dos maiores entraves nos protocolos de medidas de prevenção e planos de contingência.

No entanto, os índices de monitoramento epidemiológicos e a experiência de perder pessoas próximas fez com que o estado de alerta não fosse acionado somente pelas instituições responsáveis, mostrando a necessidade e a importância dos recursos de imunização. Ainda assim, a Secretaria de Saúde registrou a recusa de 142 pessoas idosas durante a campanha vacinal, decorrentes da (des) informação e fake news que se perpetuaram em todo o período pandêmico.

As medidas de distanciamento não podem ser descontextualizadas das condições de vida, renda e trabalho da população brasileira, sem contar com os problemas de infraestrutura urbana, transporte e acesso aos serviços. Enfrentamos uma verdadeira guerra de informações nas redes sociais com notícias falsas e posições negacionistas em relação às pesquisas e ao conhecimento científico, que acaba prejudicando as ações de saúde pública e as medidas de enfrentamento da pandemia

(Relatório CAPS, 2021). Foi estabelecida uma estratégia conjunta com apoio da Equipe Multidisciplinar composta por Serviço Social e Psicologia na realização de visitas domiciliares para cada indivíduo com objetivo de levar informações e orientações seguras, ressaltando a importância dos benefícios da vacina para a população.

No dia 19 de janeiro de 2020, Tabatinga recebe a primeira remessa de vacina que foi destinada ao DSEI ARS para aplicação nos indígenas aldeados, registrando até agosto de 2021, mais de 90% da população indígena vacinada. Ainda em agosto de 2021, Tabatinga registra o último óbito por COVID- 19 na região.

REFERÊNCIAS

Almeida, V. F.; Schweickardt, J. C.; Firmo, F. O.; Oliveira, J. J. Q.; Barros, H. CA.; Ribeiro, F. L.; Farias, G. B.; Rocha, C. F.; Souza, F. M. P.; Marinho, K. A. (2021). Os fluxos da população ribeirinha na terra do guaraná: o caso do município de Maués, Amazonas. In: Soares, Elaine Pires; Schweickardt, Júlio Cesar; Guedes, Thalita Renata Oliveira das Neves; Reis, Ana Elizabeth Sousa; Freitas Joana Maria Borges (Orgs). **A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM**. Porto Alegre: Rede Unida.

Aponte, Jorge. (2011). **Leticia y Tabatinga: Transformación de un espacio urbano fronterizo de la Amazonia**. Universidad Nacional de Colombia. Instituto Amazónico de Investigaciones.

Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões. (2021). **Boletim COVID- 19**. Tabatinga/Amazonas.

Heufemann, N. E. C. ; Marin, F. J. M. ; Vargas, T. E. R. ; Silva, J. M. B. F. ; Miller, E. A.; Schweickardt, J. C.; Ferla, A. A. (2019). Acceso a servicios de salud en territorios adversos: registros metodológicos y empíricos de una investigación en la Amazonía Brasileña. In: Miguel Ángel Orozco Valladares; Marcia Yasmina Ibarra Herrera; Alcindo Antônio Ferla. (Org.). **Investigación en ciencias de la salud en Centroamérica: estado del arte, redes internacionales y perspectivas**. 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, p. 133-152.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2021). **IBGE Cidades**. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/tabatinga/historico>. Acessado em 25 de novembro de 2021.

ILMD/Fiocruz. (2021). **Relatório do estudo: comportamento, atitudes e práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à COVID- 19 entre jovens indígenas da Amazônia brasileira**. Manaus: COIAB; UNICEF; Fiocruz/ILMD-LAHPSA.

Santos, B. S. (2021). **O futuro começa agora: da pandemia à utopia**/ Boaventura de Sousa Santos. – 1. ed. – São Paulo: Boitempo.

Schweickardt, J. C.; Soares, E. P.; Guedes, T. R. O. N.; Reis, A. E. S.; Hauradou, G. R.; Freitas, J. M. B. (2021). Somos ribeirinhos: pensamento, território e cuidado em saúde. In: Soares, Elaine Pires; Schweickardt, Júlio Cesar; Guedes, T. R. O. N.; Reis, A. E. S.; Borges, F. J. M. B. (Orgs). **A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM**. Porto Alegre: Rede Unida.

Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena [SIASI]. (2021). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Ministério da Saúde, Brasil.

Apontamentos sobre as práticas de enfrentamento à COVID-19: proteção coletiva e resistência em Tefé/Am

Fabiane Vinente dos Santos

Kátia Lima de Menezes

Dayane Caroline Sampaio Café

Michele Rocha El Kadri

Fabiana Mânica Martin

INTRODUÇÃO

“[...] muitas pessoas estão com sintomas, algumas confirmaram em teste na cidade e outras não, o tratamento que usamos é chá caseiro [...] estamos fazendo nossas próprias regras de barreira e segurança, colocar placas na entrada da comunidade tem sido muito comum”



Fonte: Benitz et al (2021).



Convidamos o leitor a conectar-se com a imagem que o presidente da Associação de Moradores e Usuários da Reserva Mamirauá Antônio Martins (AMURMAM) cria ao afirmar que é comum as comunidades criarem tecnologias de salvaguarda coletiva ante a ausência de proteção do Estado (Benitz e cols, 2021). O “*fazer as próprias regras*” implica ali uma potência de criação e de defesa da vida como uma política de autoproteção quando a ameaça às comunidades se aproxima.

O capítulo tem o objetivo de sinalizar alguns efeitos da pandemia de COVID-19 na vida das pessoas no município de Tefé/AM, buscando compreender movimentos, características e especificidades do município no enfrentamento da emergência sanitária. Nesta etapa, fizemos um levantamento de dados considerados relevantes e oportunos para descrever o contexto e as respostas locais e buscamos a caracterização dos “*casos Tefé*” em estudo, um dos municípios selecionado intencionalmente no estado do Amazonas, tendo em vista a construção coletiva do pensamento entre pesquisadores e trabalhadores da gestão e da atenção municipal.

Os processos sociais, culturais e históricos na ocupação do território amazônico passam pela tensão entre a presença dos povos originários e a expansão das frentes coloniais. Tefé, palavra oriunda da língua geral com o significado de “*profunda*” tem paisagens que guardam cantos, nomes, cosmologias e narrativas dos povos Miranha, Kambeba, Kaixana, Tikuna, Witoto e Madij que habitam a região desde antes da presença dos primeiros europeus. No encontro de três afluentes do grande Solimões-Amazonas, a história de Tefé também é atravessada por esse cruzamento de povos, culturas e disputas territoriais entre as Coroas de Portugal e Espanha no século XV e XVIII e que marcaram o padrão de ocupação do território e relação entre povos originários e colonizadores (Falhauber, 2006).

Com a intermediação do Vaticano, em junho de 1494, foi assinado o Tratado de Tordesilhas, pelo qual foi traçada uma linha imaginária a 370 léguas de Cabo Verde para afirmar as “*posses*” das duas nações na América do Sul: O território a oeste da linha ficaria com a Espanha e a Leste, com Portugal. Dada a larga extensão de terras atribuídas à Espanha em áreas de difícil acesso, esta não conseguiu evitar o avanço português e, em 1750, o Tratado de Tordesilhas foi oficialmente anulado e um novo documento foi assinado: o Tratado de Madrid.

Entretanto, o período entre a assinatura dos dois tratados é marcado por grande violência e embates por representantes das duas coroas. Por sua importância estratégica, a região do médio Solimões foi alvo de intensa ação missionária e militar, contexto no qual se destaca a figura do Padre Samuel Fritz, jesuí-

ta que tinha como missão garantir a posse dos territórios atribuídos à Espanha. O trabalho do jesuíta arregimentou várias nações indígenas na perspectiva da criação de uma *“muralha dos sertões”*, para usar uma expressão comum nos documentos da época, em que as pessoas seriam a maior expressão da fronteira colonial. Estes planos foram inviabilizados pela expansão dos portugueses, que avançaram sobre o território. Em meio a estas disputas estavam os indígenas, parte cooptados pelos esforços do Padre Fritz, parte pelos militares portugueses (Faulhaber, 2006).

Apesar da tradição oral que identifica o Padre Samuel Fritz como fundador da Vila de Ega, antigo nome da localidade que dá origem a Tefé, Faulhaber (2006) lembra que quem funda a localidade é o frei André da Costa que, temendo novos ataques dos espanhóis, pelo lago Tefé, em 1718, fixando-se na margem direita do rio.

Tefé foi elevada à categoria de vila em 1759, título concedido pelos portugueses. A vila passou a chamar-se Vila de Ega, e fazia parte da Capitania de São José do Rio Negro. A discussão sobre os limites territoriais sob domínio espanhol prosseguiu até a expedição demarcadora de D. Francisco de Requena, foi enviada pela Espanha. A expedição ocupou todo o Solimões até as proximidades da Vila de Ega. Em 1787, o português Manoel Lobo d'Almada assumiu a capitania de São José do Rio Negro, conformando mais claramente o território sob domínio de Portugal.

As invasões portuguesas e espanholas, que constituem o marco visível inicial da colonização, provocando a dinâmica da origem do município, assim como do Brasil como um todo, se desloca nesse estudo para uma invasão um tanto mais silenciosa, mas também fortemente letal e impactante na vida das pessoas: a pandemia e seu enfrentamento. Esse é o seguimento dessa produção. Inicialmente, será feita uma descrição de algumas condições associadas à produção de saúde e da vida em Tefé, que permitem contextualizar as respostas à pandemia, no item seguinte.

O MUNICÍPIO DE TEFÉ: CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS E DE SAÚDE

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada de Tefé em 2021 era de 59.250 pessoas. O município tem área territorial de 23.808 km², distante em linha reta 523 km da capital do estado Manaus. Por via fluvial a distância é de 633 km, sendo média de 48 horas por embarcação tradicional recreio ou 13 horas de Ajato (embarcações menores e mais ágeis. Por via área, da capital dista cerca de 200 milhas o que equivale a uma hora de viagem.

O PIB per capita de Tefé é da ordem de R\$17.092 em 2019 e o 7º maior PIB do estado (SEDECTI, 2019). Contudo, é preciso analisar esses números com relação a concentração de renda e qualidade de vida da população. Apesar da riqueza, a estimativa em 2019 do salário médio mensal dos trabalhadores formais era da ordem de 1,8 salários-mínimos com destaque também para ausência de postos de trabalho formais: apenas 10,2% (equivalente a 6.085 pessoas ocupadas), enquanto 42,9% apresentava rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo.

Sua densidade demográfica é de 2,59 hab/km². Limita-se com os municípios de Coari, Tapauá, Alvarães, Carauari e Maraã. No município a esperança de vida ao nascer, importante indicador de qualidade de vida, passou de 67,05 anos em 2000 para 73,04 anos em 2010, semelhante a média do estado de 66,51 anos em 2000 e de 73.30 anos em 2010 (IDHM, 2022).

Por sua posição central na Amazônia Ocidental e com concentração de pessoas, informação, transporte, equipamentos e infraestrutura, Tefé reúne equipamentos de saúde e capacidade técnica instalada que lhe confere responsabilidade pelo atendimento de usuários de municípios vizinhos. Tefé é polo regional para região de saúde conhecida como Triângulo sendo referência para outros cinco municípios: Japurá, Maraã, Juruá, Uarini e Alvarães (Figuras 51 e 2).

Figura 51. Regiões de Saúde do Estado do Amazonas.



Fonte: Municípios da Região de Saúde do Triângulo/AM.

Figura 52. Municípios da Região de Saúde do Triângulo/AM

Fonte: SES 2019.

A Tabela 13 apresenta as estimativas de população para 2019, evidenciando a grande diferença populacional dentre os municípios que compõe a região.

Tabela 13. População estimada por município na Região de Saúde Triângulo/AM

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
TEFE	59.849
MARAA	18.224
ALVARÃES	16.041
JURUA	14.712
UARINI	13.540
JAPURA	2.755
TOTAL	125.121

Fonte: IBGE - Estimativas de população, 2019.

As ações de saúde pública no município são desenvolvidas por 515 profissionais, dentre enfermeiros, médicos (incluindo os do Programa Mais Médicos, odontólogos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, edu-

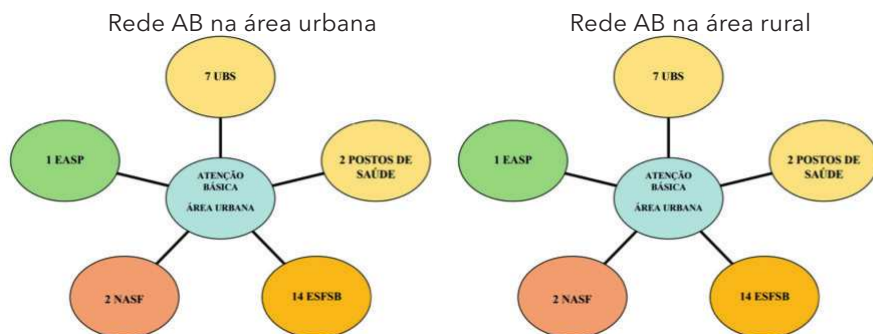
cadres físicos, farmacêuticos, fonoaudiólogos, auxiliar de consultório dentário, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, administrativos, serviços gerais e microscopista (PMS, 2018). Dessa rede de estabelecimentos da atenção à saúde do Município, destacamos a Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial que desde 2018 passou a atender 30 comunidades ribeirinhas pelo rio Tefé e afluentes. Além da atenção básica, o município conta com serviços de atenção especializada e urgência atendendo toda a região (Tabela 14).

Tabela 14. Distribuição de Estabelecimento por tipo, Município de Tefé/AM, dez. 2021.

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
Central de regulação	1
Centro de atenção psicossocial (CAPS)	1
Centro de saúde/unidade básica de saúde	10
Clínica especializada/ambulatório especializado	4
Consultório	10
Farmácia	2
Hospital especializado	1
Hospital geral	1
Laboratório central de saúde pública	1
Policlínica	1
Posto de saúde	1
Secretaria de saúde	1
Unidade de atenção à saúde indígena	3
Unidade de serviço de apoio de diagnóstico e terapia	2
Unidade de vigilância em saúde	1
Unidade móvel fluvial	1
Unidade móvel terrestre	1
Telessaúde	1
TOTAL	43

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES (2021)

A APS dispõe de UBS, Centros e Postos de Saúde, Unidades de Apoio, embarcações, Estratégias Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB), Estratégias Ampliada Saúde da Família Ribeirinha com Saúde Bucal (ESFRSB), Estratégia Ampliada Saúde da Família Fluvial com Saúde Bucal (ESFFSB) e Núcleos Ampliados Saúde da Família (NASF). A figura 3 apresenta como estão dispostos os equipamentos de saúde para área urbana e rural do município (Moreira et al., 2019; Medeiros, 2020).

Figura 53. Componentes da Atenção Básica na área urbana e rural de Tefé.

Fonte: Medeiros, 2020.

ESTRATÉGIAS LOCAIS PARA ENFRENTAMENTO À PANDEMIA

Segundo dados do Boletim da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS), os dados acumulados até 03 de fevereiro de 2022 sobre o número de casos confirmados e de óbitos ocorridos nos municípios da região citados na nota técnica. Se olharmos para o mês de agosto de 2020, Tefé apresentava 3.396 confirmados, 85 óbitos segundo Benitz et.al. (2021). Notamos um aumento significativo do número absoluto de casos confirmados, e isso se deve devido ao acesso aos testes, pois em 2020 esse acesso era bem restrito.

Tabela 15: Mortes por Coronavírus na região acumulados até fevereiro de 2022

	TEFE	ALVARÃES	JAPURÁ	JURUÁ	MARAÃ	UARINI	TOTAL
Casos confirmados	12.506	3.539	1.147	1.016	2.787	2.228	23.223
Óbitos	240	23	1	17	18	11	310

Fonte: FVS/AM, 2022.

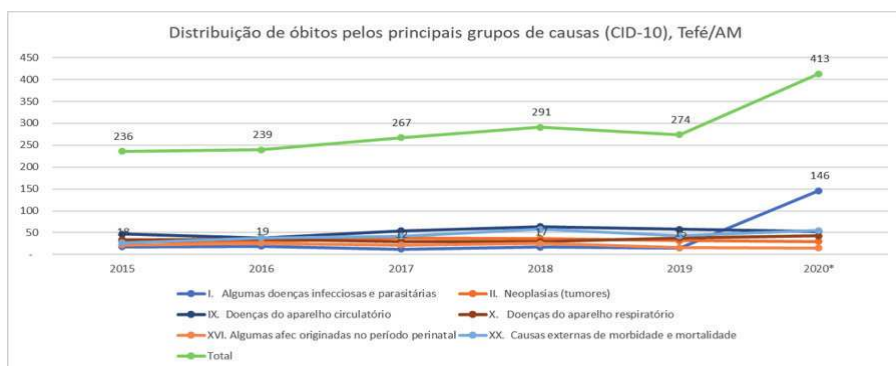
Segundo os dados de mortalidade da base nacional do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), entre 2015 e 2019, os principais grupos de causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças do aparelho respiratório, neoplasias, algumas afecções originadas no período perinatal, e doenças infecciosas e parasitárias, respectivamente. Essas causas representaram 69,93% do total de óbitos registrados no município.

Dado que exige atenção por serem altamente preveníveis é grupo de causas externas e afecções do período perinatal que representam cerca de

24,41% das mortes no período.

No ano de 2020, a pandemia de COVID-19 alterou drasticamente o padrão de mortalidade no município. As doenças infecciosas e parasitárias passam a ser a principal causa de óbito, seguidas das causas externas, doenças do aparelho circulatório, respiratório, neoplasias e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Essas cinco causas foram responsáveis por 79,18% das mortes no município em 2020 (Gráfico 29).

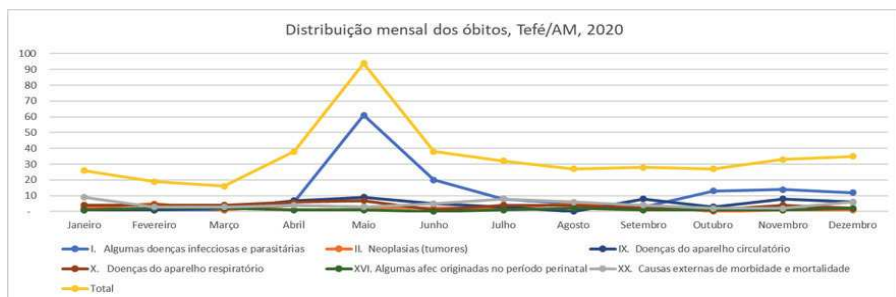
Gráfico 29. Distribuição de óbitos por ano segundo os principais grupos de causas, Tefé/AM, 2015 a 2020.



Fonte: Dados preliminares do Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2022.

Analisando separadamente a distribuição de óbitos apenas no ano de 2020, identifica-se que o mês de maio atingiu o ápice dos óbitos sendo que as doenças infecciosas e parasitárias são responsáveis por 64,89% dentre as cinco principais causas (Gráfico 30).

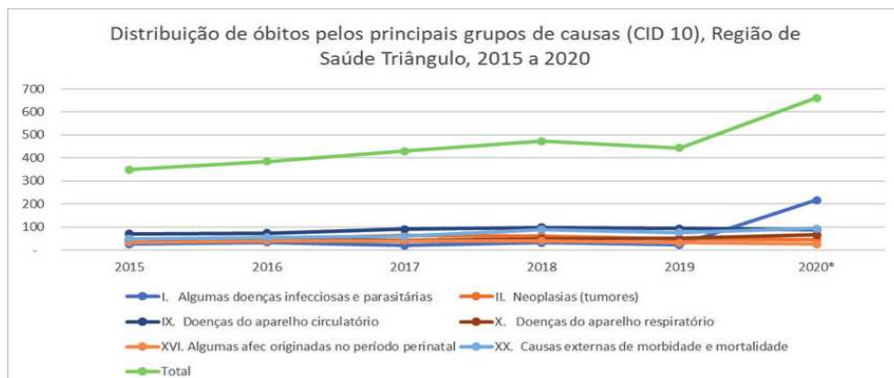
Gráfico 30. Distribuição de óbitos por mês de ocorrência segundo os principais grupos de causas, Tefé/AM, 2020*.



Fonte: Dados preliminares do Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2022.

Isso nos sugere que a emergência da pandemia chega no município e impacta a mortalidade de forma bastante abrupta. O mesmo padrão de mortalidade se repete nos demais municípios da região. Até 2019 as doenças do sistema circulatório e causas externas eram prevalentes, mas em 2020 dispararam os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias (Gráfico 31).

Gráfico 31. Distribuição de óbitos por ano segundo os principais grupos de causas, Região de Saúde Triângulo/AM, 2015 a 2020*.



Fonte: Dados preliminares do Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2022.

O ENFRENTAMENTO A COVID-19 EM TEFÉ: IMPACTOS NA ATENÇÃO BÁSICA, LEGISLAÇÃO PRODUZIDA E NO FINANCIAMENTO DO SISTEMA

A análise dos efeitos da pandemia no município de Tefé abrange o ano de 2020, com dados mais sistematizados nas bases nacionais e que permite, portanto, maior comparabilidade com outros territórios. Escolhemos registrar aqui alguns indicadores de produção na atenção básica (a partir dos dados do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB).

Como evidenciaram os gráficos de mortalidade, há redução de óbitos relacionados à gestação, parto e puerpério, que merecem ser melhor compreendidos com a inclusão dos dados de óbito do ano de 2021 na base nacional. Infelizmente, o uso da morbidade hospitalar para essa análise não é mais possível pela desativação da consulta de motivos de internação pelos grupos e causas da CID 10, juntamente com outras restrições adotadas pelo Ministério da Saúde de acesso ao público de dados de interesse da saúde. Mas é provável que tenha havido a redução dos nascimentos e/ou aumento da subnotificação. Como

no cenário brasileiro como um todo, o período inicial de evolução da pandemia foi acompanhado por uma redução relevante dos atendimentos em geral na atenção básica, devida às orientações restritivas do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde, motivadas pela dificuldade de garantir equipamentos de proteção individual e coletiva e, mesmo, ao medo despertado pela chegada da pandemia que, no caso brasileiro, também originou um volume importante de notícias falsas, inclusive dos órgãos oficiais.

Em relação às áreas ribeirinhas e populações indígenas, documentário produzido pelo Conselho Nacional de Saúde em 2021, no âmbito da Campanha Proteger o Trabalhador e a Trabalhadora de Saúde é Proteger o Brasil (CNS, 2021), o trabalho das parteiras tradicionais mostrou grande capacidade de sustentar o cuidado às mulheres e crianças, sendo responsável por mais de 70% das ações de atenção à saúde nesse ciclo no período da pandemia.

A Secretaria Municipal de Saúde de Tefé foi muito atuante não apenas para o próprio município, mas também prestando grande suporte para os demais municípios do entorno. A seguir, destacaremos algumas dessas respostas para contenção e mitigação dos efeitos da pandemia.

Quanto a legislação e documentação produzida em Tefé no contexto do COVID-19 foi centrada principalmente em orientações gerais para população, além de atos administrativos e vigilância para contenção do avanço epidêmico incluindo restrição de circulação de pessoas e de comprar de equipamentos e suprimentos para assistência aos pacientes.

A tabela 3 descreve diversas iniciativas do poder público municipal, como a criação e a divulgação de atos normativos produzidos pelo Comitê de Enfrentamento à COVID-19, atualização para o território do município de orientações nacionais e estaduais, entre outras iniciativas que merecerão, oportunamente, tratamento metodológico mais apurado na pesquisa. Aqui o objetivo foi apenas de identificar protagonismo nas respostas do poder público.

Tabela 16. Classificação de iniciativas do poder público municipal de enfrentamento à pandemia de COVID-19, Tefé/AM, 2020 e 2021

DOCUMENTOS ANALISADOS	2020	2021	TOTAL
Decretos municipais	23	34	57
Termo de dispensa de licitação	11	17	28
Pregão	1	2	3
Acordo de Cooperação (minuta)	1	-	1
Autógrafos a projetos de lei municipais	3	-	3

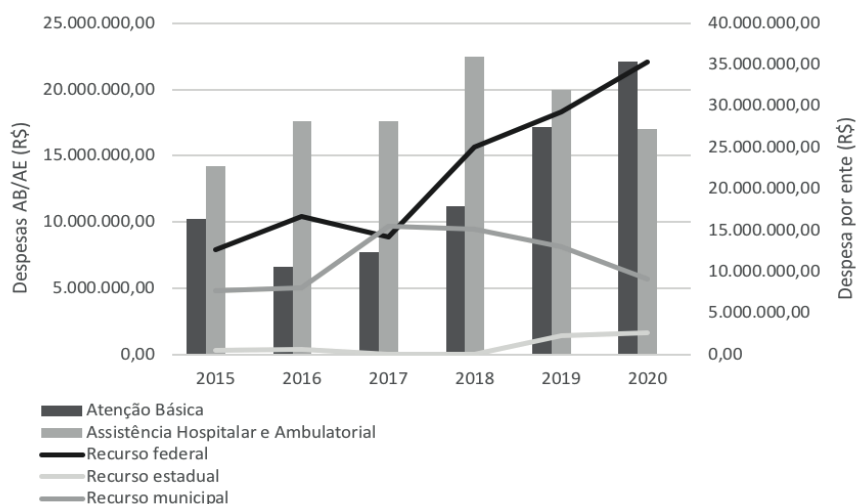
Termo de licitação	1	2	3
Decretos legislativos	2	-	2
Leis municipais	5	-	5
Outros documentos	3	4	7
TOTAL	50	59	109

Fonte: Produzido a partir da análise documental.

Quando analisamos o impacto nos gastos em saúde, destacamos que a pandemia conseguiu reverter a tendência nos últimos cinco anos que apontava para gastos em assistência hospitalar superior aos gastos na atenção básica no município, chegando mesmo a representar mais que o dobro do valor investido nos anos de 2016 e 2018, por exemplo.

Embora Tefé seja polo de referência altamente relevante na assistência aos municípios da região, é notória a ausência do ente estadual no financiamento das ações e serviços de saúde. Mesmo diante da emergência da COVID-19, os dados do Relatório Resumido da Execução Orçamentária reportados no Sistema de Informação Orçamento Público em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde demonstra que a co-participação do estado praticamente manteve-se inalterada em relação ao ano anterior (Gráfico 32).

Gráfico 32. Valores pagos em ações na Atenção Básica e Assistência Hospitalar* de Tefé com relação aos gastos por ente federado entre 2015 e 2020



Fonte: Produzido a partir da análise documental.

Apesar da importância para a região e da sua rede especializada que socorreu os municípios da região até o limite de sua capacidade de atendimento, com apoio insuficiente do governo estadual, Tefé contou principalmente com recursos federais para enfrentar a pandemia, além de ter investido recursos próprios para financiamento da saúde. Sem a liderança do ente estadual, a ampliação da oferta e abertura de novos serviços para toda a região fica seriamente comprometida.

INSISTIMOS EM APOSTAR NA VIDA

A análise das respostas do poder público e da sociedade civil em Tefé no contexto do enfrentamento à pandemia de COVID-19 identificaram que, como no Brasil como um todo, o esforço local foi mais significativo do que a resposta nacional, dividida entre o negacionismo à ciência e menosprezo às consequências da pandemia, de um lado, e o esforço local para preservar vidas e recuperar a saúde. O sistema de saúde de Tefé mostrou-se eficaz no período pré-pandemia, com indicadores compatíveis com a realidade amazônica, uma rápida redução da mortalidade infantil nos anos de 2018 e 2019, além de um padrão de morbi-mortalidade indicativo de respostas estruturadas de um sistema municipal de saúde.

Com a pandemia, esse padrão transformou-se rapidamente, com as doenças infecciosas e, particularmente, a COVID-19, assumindo a liderança nos óbitos e um visível colapso no sistema local de saúde. O colapso foi consequência da qualidade da resposta nacional, insatisfatória em termos de redução dos contágios, monitoramento do adoecimento e precisão na implementação de medidas com sustentação na ciência e na aprendizagem internacional durante a pandemia. A análise da resposta local mostra um protagonismo importante, mas insuficiente para conter o excesso de mortalidade no ano de 2020.

Como contribuição à pesquisa, a análise mostrou a relevância de uma perspectiva territorial implicada para compreender a dinâmica dos efeitos da pandemia nos modos de organização da vida. Tefé demonstra, pela ação do poder público e da sociedade, evidências de que há respostas locais densas, que ocupam o lugar de políticas públicas estaduais e nacionais quando os demais entes governamentais se omitem ou têm respostas insuficientes. Tudo isso para dizer que não se trata aqui apenas de uma pesquisa representacional, pois entendemos que as aprendizagens e a produção de conhecimento são derivadas das iniciativas locais (MARTINS et al, 2022), ao invés de se dobrar às lógicas representacionais elas produzem travessias de fronteiras (FERLA; CECCIM, 2008) no campo das intensidades.

Como sugerem Martins et al (2022) a descoberta de linhas de força em ação

nos territórios reivindica novos planos para ordenar o pensamento sobre as relações entre a saúde, o andar a vida e a produção dos territórios onde a pesquisa se desenvolve. Sendo assim, a Amazônia não é o lugar “sólido” da desordem, como parecem indicar com frequência os estudos repetidos sobre endemias e padrões de doenças. A Amazônia tem uma complexidade aguda nos acontecimentos, inclusive das endemias e dos adoecimentos, e uma diversidade que são estruturantes. Algo que gera tensões e movimentos contínuos. Desse modo, para tornar visíveis os saberes e dinâmicas locais, requerem-se olhares fluidos e também complexos, com uma epistemologia aberta ao outro. Como pesquisadores permanece o desejo de continuarmos investigando e produzindo pensamento que considere as epistemes locais de produção do saber também um saber válido, potente e transmutador de realidades.

REFERÊNCIAS

Andrade, L. C.; Pereira, H. C.; Nascimento, A. C. S. & Gomes, M. C. R. L. (2020). Os potenciais impactos da pandemia do COVID-19 nas comunidades ribeirinhas da Amazônia. **Nota técnica 04**.

Benitz, T. et al. (2021). Enfrentamento à COVID-19 na região do Médio Solimões: Estratégias e dinâmicas para segurança alimentar e comercialização para manutenção de serviços e atividades produtivas. **Nota técnica COVID-19 no. 011. 04/08/2021**. Manaus: SEDECTI, 2021.

Brasil. (2011). **Resolução N° 1, de 29 de setembro de 2011**. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011.

Ceccim, R.B; Ferla, A.A. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde [online]**. 2008; 6(3): 443-456.

Conselho Nacional de Saúde. CNS. (2021). Parteilas tradicionais na Amazônia. Campanha Proteger o Trabalhador e a Trabalhadora é Proteger o Brasil. **Vídeo documentário**. Brasília: CNS, 2021.

Conselho Nacional de Saúde. CNS. (2022). **Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil**. Acesso em 06/02/2022: https://www.dropbox.com/s/nbbkyu2zfdptbll/MASTER_VIDEO_01_PARTEIRAS_AM.mp4?dl=0.

Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Solimões e Afluentes. (2020). **Plano**

de enfrentamento ao Coronavírus (COVID-19). Tefé, 2020.

Falhauber, P. (2006). Expansão portuguesa e as missões do Médio Solimões. In: PINTO, Renan Freitas (Org). **O Diário do Padre Samuel Fritz**. Manaus: EDUA/FSDB, 2006.

Faulhaber, P. (1998). **O lago dos espelhos: Etnografia do saber sobre a fronteira em Tefé/Amazonas**. Belém: Museu paraense Emílio Goeldi, 1998.

Martins F.M., Schweickardt K.H., Schweickardt J.C., Ferla A.A., Moreira M.A., Medeiros J.S. (2022). Produção de existências em ato na Amazônia: “território líquido” que se mostra à pesquisa como travessia de fronteiras. **Interface (Botucatu)**. 2022.

Maciel, B. do E. S. P. (2009). Da proa da canoa: por uma etnografia do movimento indígena em Tefé. **Somanlu**, ano 9, n. 2, jul./dez. 2009.

Medeiros, J. S. (2022). Caminhos da população ribeirinha: produção de Redes Vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas **[dissertação]**. Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane; 2020.

Melatti, J. C. (1974). Notas para uma história dos brancos no Solimões. **Ensaio de Etnologia e Indigenismo**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

Moreira, M.A., Figueiró, R., Ferla, A.A., Schweickardt, J.C. (2019). **Educação permanente em saúde em Tefé/AM: qualificação do trabalho no balanço do banheiro**. Porto Alegre: Rede Unida; 2019. p. 20-30.

Prefeitura Municipal de Tefé. (2006). **Plano Diretor Participativo**. Tefé: 2006. (mimeo).

Rosha, L. (2020). **Indígenas de Tefé pedem socorro e denunciam falta de equipamentos de segurança para servidores da saúde**. Disponível em: <https://cimi.org.br/2020/05/indigenas-de-tefe-pedem-socorro-e-denunciam-falta-de-equipamentos-de-seguranca-para-servidores-da-saude/>

Schor, T. & Costa, D. P. da. (2007). Rede urbana na Amazônia dos grandes rios: uma tipologia para as cidades na calha do rio Solimões-Amazonas - AM. **Anais do X SIMPURB**, Florianópolis, 2007.

Perfil epidemiológico da COVID-19 no estado do Amazonas

*Tânia Aparecida de Araujo
Rodrigo Tobias de Sousa Lima*

INTRODUÇÃO

Tão logo a COVID-19, causada pelo vírus Sars-Cov-2, espalhou-se pelo mundo, o interesse pelos dados (número de casos, quantidade de óbitos) foi crescente. A mídia, por exemplo, ocupou-se (e ainda se ocupa) em divulgar diariamente números que descrevem a situação epidemiológica da pandemia nas diversas localidades do país.

O conhecimento da magnitude da doença (frequência que a doença ocorre - segundo tempo, lugar e espaço) é um dos principais objetivos da Epidemiologia. Essa área da Saúde Pública compreende que por meio de dados (fidedignos) é possível coordenar melhor os serviços de saúde - os quais utilizarão esses dados para subsidiar suas ações, sejam elas de promoção, prevenção ou tratamento.

Quando há um aumento expressivo da incidência (número de casos novos), por exemplo, o sistema de saúde deve se preparar para ofertar cuidado a essas pessoas. A organização dos leitos, número de profissionais e insumos deve ser feita o mais rápido possível. Além disso, deve-se investir ainda mais em ações de prevenção da doença - como a intensificação do aconselhamento para uso de máscara e álcool em gel, bem como orientação para fechamento do comércio e diminuição de aglomerações.

Já uma mortalidade alta, medida por meio do Coeficiente de Mortalidade (CM) poderia indicar uma baixa capacidade resolutividade da rede assistencial (Dal Poz et al., 2021), seria necessário, assim, analisar os serviços em busca de falhas e correções. A letalidade (relação entre o número de casos e óbitos) também é uma boa medida para conhecimento do perfil epidemiológico - quando baixa pode indicar, por exemplo, que embora o número de infectados seja alto, esses conseguiram tratamento adequado e o óbito foi evitado.

Orellana et al. (2021) ressalta ainda que, principalmente entre os países de baixa e média renda, as estimativas acuradas de mortes por COVID-19 consti-

tuem um importante desafio para a vigilância da pandemia em que a letalidade da doença é magnificada pela dinâmica política e pela maior incidência da doença nos grupos com menor nível socioeconômico.

Desta forma, este capítulo tratará de descrever o perfil epidemiológico dos municípios de Boca do Acre, Carauari, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Manaus, Manicoré, Parintins, Presidente Figueiredo, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga e Tefé. Esses locais serão comparados principalmente segundo o número de casos, óbitos e população residente.

COEFICIENTE DE MORTALIDADE

Dados do número de óbitos observados foram obtidos por informações gerados pelo “MonitoraCOVID-19” do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (<https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/>, acessado em 21/10/2021) e referem-se à atualização de 20/10/2021. Para o quantitativo da população residentes utilizou-se as estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2020, do Departamento de Informática do Ministério da Saúde, <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>, acessado em 21/10/2021). Para cálculo do CM utilizou-se a razão entre o número de óbitos observados (óbitos que ocorreram) sobre a população residente multiplicado por 100.000.

CM: $\frac{\text{Número de óbitos da área A no período P} \times 100.000}{\text{População da área A no meio do período P}}$

População da área A no meio do período P

O quantitativo de óbitos esperados (número de óbitos que espera-se ocorra de acordo com o tamanho da população) foi realizado segundo a proporção da faixa etária de uma população padrão. Utilizou-se a população padrão do Estado do Amazonas e a mortalidade segundo a faixa etária foi obtida por meio do site disponibilizado pelo Sistema de Registro Civil: Portal da Transparência. Registro Civil. (<https://transparencia.registrocivil.org.br>, acessado em 21/10/2021).

Tabela 17. População residente segundo faixa etária no Estado do Amazonas, 2020.

DOCUMENTOS ANALISADOS	POPULAÇÃO (N)	PROPORÇÃO (%)
0 a 9 anos	810.784	19,27
10 a 19 anos	787.374	18,71
20 a 29 anos	775.443	18,43
30 a 39 anos	664.468	15,79
40 a 49 anos	509.712	12,11
50 a 59 anos	334.110	7,94

60 a 69 anos	196.193	4,66
70 a 79 anos	90.937	2,16
80 anos e mais	38.693	0,92
TOTAL	4.207.714	100

Fonte: Departamento de Informática do SUS.

A mortalidade de todos os municípios avaliados é demonstrada na tabela 1. O município com maior CM (427,06 óbitos/100.000 habitantes) é Manaus, que também conta com uma maior população. Boca do Acre, com uma menor população, é o que apresenta o menor CM (77,96 óbitos/100.000 habitantes). Iranduba, por outro lado, embora tenha uma população menor do que 50.000 habitantes, possui um dos maiores CM (342,78 óbitos/100.000 habitantes). Já São Gabriel da Cachoeira e Presidente Figueiredo, que possuem uma diferença de quase 10.000 habitantes, tiveram o mesmo número de óbitos (108), Tabela 18.

Tabela 18. Mortalidade por COVID-19 nos municípios avaliados. Amazonas, Brasil, 2020 a 2021.

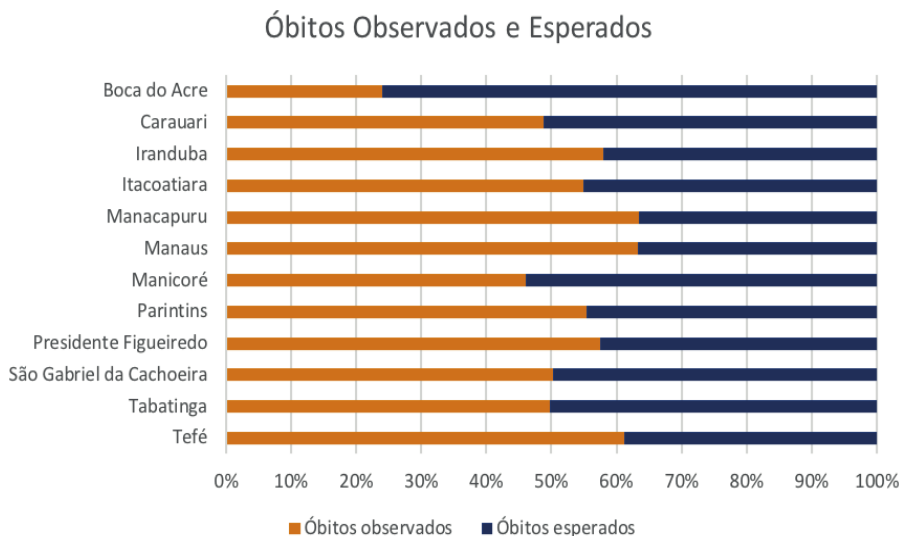
	ÓBITOS OBSERVADOS	POPULAÇÃO	COEFICIENTE DE MORTALIDADE*	ÓBITOS ESPERADOS	DIFERENÇA**
Boca do Acre	27	34.635	77,96	86	-59
Carauari	56	28.508	196,44	59	-3
Iranduba	168	49.011	342,78	122	46
Itacoatiara	316	102.701	307,69	259	57
Manacapuru	403	98.502	409,13	233	170
Manaus	9.479	2.219.580	427,06	5.501	3.978
Manicoré	103	56.583	182,03	120	-17
Parintins	357	115.363	309,46	288	69
Presidente Figueiredo	108	37.193	290,38	80	28
São Gabriel da Cachoeira	108	46.303	233,25	107	1
Tabatinga	126	67.182	187,55	127	-1
Tefé	198	59.547	332,51	126	72

Fonte: Departamento de Informática do SUS.

*Por 100.000 habitantes

**Diferença entre o número de óbitos observados e esperados.

O comparativo entre os óbitos observados e os esperados é ainda analisado por meio da Figura 54. Uma situação mais favorável seria de o município ter no máximo 50% dos óbitos observados, indicativo de que o número de óbitos é menor do que o esperado. É o que acontece, principalmente, no município de Boca do Acre, e em Manicoré, Carauari e Tabatinga. Todos os demais apresentam o número de óbitos maior do que se esperava (excesso de mortes), situação que é ainda pior para os municípios de Manaus, Manacapuru e Tefé.

Figura 54. Óbitos observados e esperados. Amazonas, Brasil, 2020 e 2021.

Fonte: Departamento de Informática do SUS.

A taxa de mortalidade ou CM pode ser influenciada pela estrutura etária de uma população. Quando uma doença é mais letal entre indivíduos idosos, por exemplo, como é o caso da COVID-19, a mortalidade em locais cuja população é mais envelhecida poderá ser maior. Por esse motivo, em estudos como este é necessário considerar o padrão de faixa etária da população avaliada (Silva et al., 2021). Para ajustar o efeito da estrutura sobre o CM utiliza-se métodos de padronização. Da população-padrão obtêm-se os pesos, expressos pelas proporções de indivíduos em cada faixa etária, que serão aplicados aos coeficientes de mortalidade específicos por idade das populações envolvidas nas análises (Medronho, 2009).

Nota-se, por exemplo, que a estrutura etária entre os municípios avaliados é diferente – principalmente em relação à capital. Manaus é a única cidade que possui menos de 20% da população entre 0 e 9 anos. Por outro lado, enquanto em Parintins 1,3% da população possui 80 anos ou mais, Presidente Figueiredo possui apenas 0,5% da população nessa faixa etária. Dados apresentados na Tabela 19.

Para a padronização utilizou-se dados da faixa etária de toda a população do Estado do Amazonas, do ano de 2020, fornecidas pelo DataSUS.

Tabela 19. População residente segundo a faixa etária. Amazonas, Brasil, 2021.

	Boca do Acre	Canauari	Irlanduba	Iracatiara	Manacapuru	Manaus	Manicoré	Parintins	Presidente Figueiredo	São Gabriel da Cachoeira	Tabatinga	Tefe
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
0 a 9 anos	7.305 (21,1%)	6.837 (24,0%)	10.522 (21,5%)	21.756 (21,2%)	21.099 (21,4%)	355.277 (16,0%)	12.407 (21,9%)	24.998 (21,7%)	7.539 (20,3%)	10.825 (23,4%)	15.954 (23,7%)	13.981 (23,5%)
10 a 19 anos	6.447 (18,6%)	5.692 (20,0%)	9.487 (19,4%)	18.973 (18,5%)	18.964 (19,3%)	395.462 (17,8%)	10.591 (18,7%)	22.030 (19,1%)	7.059 (19,0%)	9.811 (21,2%)	14.487 (21,6%)	12.362 (20,8%)
20 a 29 anos	6.223 (18,0%)	5.416 (19,0%)	8.314 (17,0%)	18.316 (17,8%)	18.317 (18,6%)	405.722 (18,3%)	11.128 (19,7%)	23.356 (19,7%)	7.321 (18,3%)	8.394 (17,9%)	12.033 (17,9%)	10.604 (17,8%)
30 a 39 anos	5.160 (14,9%)	3.950 (13,9%)	6.692 (13,7%)	14.876 (14,5%)	14.578 (14,8%)	377.118 (17,0%)	8.576 (15,2%)	16.486 (14,3%)	5.070 (13,6%)	5.849 (12,6%)	9.486 (14,1%)	8.622 (14,5%)
40 a 49 anos	4.031 (11,6%)	2.764 (9,7%)	5.868 (12,0%)	12.019 (11,7%)	10.775 (10,9%)	303.661 (13,7%)	5.999 (10,6%)	12.258 (10,6%)	4.176 (11,2%)	4.548 (9,8%)	6.711 (10,0%)	6.064 (10,2%)
50 a 59 anos	2.602 (7,5%)	1.902 (6,7%)	3.968 (8,1%)	7.956 (7,7%)	7.039 (7,1%)	197.099 (8,9%)	3.939 (7,0%)	8.428 (7,3%)	3.147 (8,5%)	3.288 (7,1%)	4.404 (6,6%)	3.764 (6,3%)
60 a 69 anos	1.585 (4,6%)	1.103 (3,9%)	2.431 (5,0%)	5.030 (4,9%)	4.310 (4,4%)	115.258 (5,2%)	2.255 (4,0%)	5.518 (4,8%)	1.958 (4,1%)	1.917 (4,1%)	2.428 (3,6%)	2.307 (3,9%)
70 a 79 anos	889 (2,6%)	590 (2,1%)	1.208 (2,5%)	2.582 (2,5%)	2.305 (2,3%)	49.724 (2,2%)	1.181 (2,1%)	2.844 (2,5%)	722 (1,9%)	1.176 (2,5%)	1.182 (1,8%)	1.276 (2,1%)
80 anos e mais	393 (1,1%)	254 (0,9%)	521 (1,1%)	1.193 (1,2%)	1.115 (1,15%)	20.259 (0,9%)	507 (0,9%)	1.445 (1,3%)	201 (0,5%)	495 (1,1%)	497 (0,7%)	567 (1,0%)
Total	34.635 (100%)	28.508 (100%)	49.011 (100%)	102.701 (100,0%)	98.502 (100,0%)	2.219.580 (100,0%)	56.583 (100,0%)	115.363 (100,0%)	37.193 (100,0%)	46.303 (100,0%)	67.182 (100,0%)	59.547 (100,0%)

Fonte: Departamento de Informática do SUS.

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>

RAZÃO DE MORTALIDADE PADRONIZADA

As padronizações podem ser realizadas de forma direta ou indireta. Em amostras onde desconhece-se a mortalidade segundo a faixa etária de todos os locais avaliados ou naqueles locais cujo contingente populacional pequeno, recomenda-se a padronização indireta (Medronho, 2009).

Para esse estudo, após a padronização (e conhecimento do número de óbitos esperados para cada município) realizou-se a Razão de Mortalidade Padronizada (RMP) – standardized mortality ratio (SMR) do idioma inglês. A RMP baseia-se na comparação do número de óbitos observados na população em evidência e os óbitos esperados caso tal população fosse exposta aos coeficientes de mortalidade específicos por idade observados na população padrão.

RMP: Óbitos observados

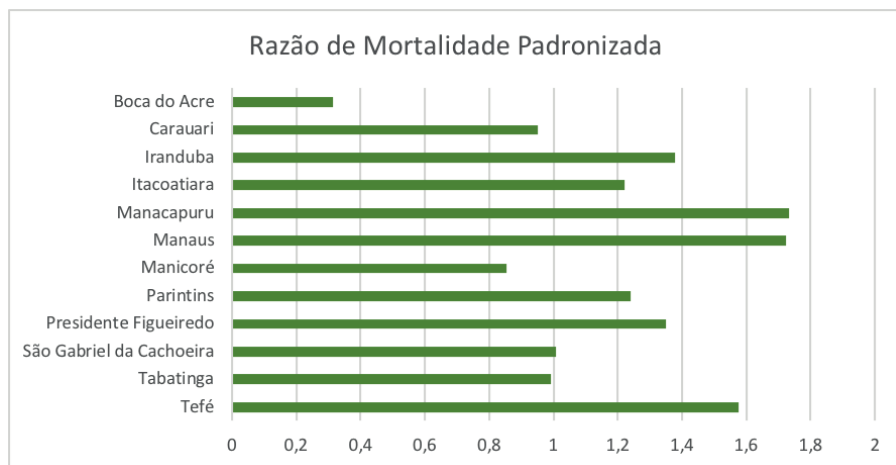
Óbitos esperados

Diversos segmentos têm utilizado a nomenclatura de “excesso de mortes” para evidenciar essa diferença entre óbitos esperados e óbitos observados. De acordo com a OMS, a definição de “excesso de mortalidade” representa exata-

mente uma situação em que o número de mortes está situado acima do esperado - segundo o padrão de mortalidade previamente observado na população.

A menor RMP apresentada foi do município de Boca do Acre (0,32), os maiores valores foram de Manacapuru (1,73) e Manaus (1,72), refletindo novamente que nessas cidades o número de óbitos observados foi muito maior (173% e 172%) do que o esperado. Ou seja, nessas cidades cuja relação é maior que 1 ocorreu um “excesso de mortes”.

Figura 55. Razão de Mortalidade Padronizada (RMP) – COVID-19. Amazonas, Brasil, 2020 a 2021.



Fonte: Departamento de Informática do SUS.

LETALIDADE

O risco de morrer por uma doença é medido a partir do coeficiente de letalidade. O coeficiente de uma doença possibilita, ainda que de maneira indireta, avaliar a resolubilidade dos serviços de saúde e o acesso a estes. É calculado dividindo-se o número de óbitos decorrente de determinada causa pelo número de pessoas afetadas pela doença e multiplicando o resultado por 100 (Rouquayrol, 2018). A figura 3 apresenta a letalidade nos municípios avaliados.

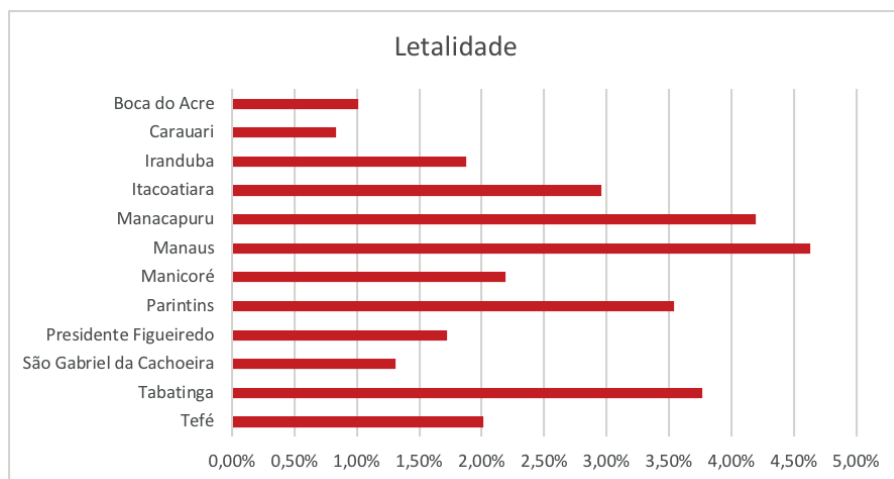
$$\text{Coeficiente de Letalidade: } \frac{\text{Número de pessoas doentes} \times 100}{\text{Óbitos decorrentes da doença}}$$

Carauari, por exemplo, embora não apresente a menor CM ou RMP apresentou a menor letalidade (<1%). Tefé e Tabatinga apresentam ainda uma situação inte-

ressante. Em Tefé verifica-se maior CM e RMP, porém menor letalidade (2%); já Tabatinga que tinha uma menor CM e RMP apresentou uma maior letalidade (3,8%).

Como esses dados são dependentes dos dados disponíveis do número de casos, é possível que lugares que testaram mais sua população obtenham menores valores de letalidade.

Figura 56. Letalidade – COVID-19. Amazonas, Brasil, 2020 a 2021.



Fonte: Departamento de Informática do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo os resultados de todos os municípios que compõem a pesquisa *“Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”*. Dados foram analisados conjuntamente, principalmente no que se refere à mortalidade. Demais capítulos apresentarão as características individuais de cada município. As estratégias adotadas por cada localidade para prevenção e tratamento da COVID-19, certamente acarretaram diferenças na vida, sistema produtivo e modos de tratar e registrar os óbitos ocorridos.

Ademais, muito embora, nesta análise tenha-se utilizado de fontes confiáveis para extração dos dados, há de se considerar a possibilidade de subnotificação como real. Consequência provável das orientações e medidas difusas, principalmente a nível nacional. Bem como, o cenário caótico que muitos trabalhadores e trabalhadoras estavam submetidos (com falta de profissionais e insumos).

A compreensão dos motivos, ações e estratégias adotadas que contribuíram para que Boca do Acre apresentasse menor mortalidade (68,5% menor do que o esperado), por exemplo, servirá como um bom exemplo para os demais municípios. Por outro lado, entender o que levou municípios como Manaus e Manacapuru a apresentarem um excesso de mortalidade contribuirá para reflexões para adoção de novas estratégias e soluções.

REFERÊNCIAS

Dal Poz, M.R.; Levcovitz, E.; Bahia, L. (2021). Brazil's fight against COVID-19. **Am J Public Health** v.111, p.:390-1.

Medronho, R.A. (2009). **Epidemiologia**. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu. 685p.

Orellana, J.D.Y., Cunha, G.M; Marrero, L., et al. Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 37, n. 1, e00259120.

Silva, G. A.; Jardim, B. C.; Lotufo, P. A. (2021). Mortalidade por COVID-19 padronizada por idade nas capitais das diferentes regiões do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 37, n. 6.

Rouquayrol, M.Z. (2018). **Epidemiologia & Saúde**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Medbook. 752p.



Estratégias de comunicação adotadas em municípios do Amazonas durante a pandemia de COVID-19

Grace Soares Costa

INTRODUÇÃO



A emergência da pandemia de COVID-19 afeta milhões de pessoas no mundo todo. Além dos danos à vida, os impactos gerados pelo vírus SARS-CoV-2 se estendem às esferas sociais, econômicas, políticas, afetando de maneira direta e ininterrupta os sistemas de saúde.

Logo após sua identificação, em dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a doença se tratava de uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (Espin), assumindo, em 11 de março de 2020, o status de pandemia (OMS, 2020).

Além da vacina, disponível desde 2021 (mas com distribuição e níveis de adesão desiguais), a informação é um instrumento vital para a orientação das pessoas sobre a adoção de medidas preventivas existentes capazes de proteger e salvar vidas (OPAS, 2020¹). Neste contexto, a comunicação social tem um papel estratégico na hora de informar os cidadãos sobre a COVID-19, considerando a penetração e a capilaridade que determinadas ferramentas comunicacionais conquistaram no âmbito da sociedade. As redes sociais, por exemplo.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) entende que a imprensa e também os profissionais e órgãos à frente de estratégias de comunicação governamentais podem contribuir efetivamente para que cheguem às pessoas orientações e soluções voltadas para redução dos riscos para a saúde e salvem vidas (OPAS, 2020).

Informação clara, oportuna e oriunda de fontes confiáveis é fundamental para as pessoas, que estão vivendo situações diferentes durante a pandemia. Acessar informação que também reconhece a incerteza e ajuda as pessoas a protegerem-se e a prepararem-se para diferentes cenários possíveis durante a emergên-

cia de COVID-19 é essencial para conter a propagação da doença, os receios a ela associados e para mitigar as suas consequências. Ao disseminar informações precisas, esses canais de comunicação reduzem também os rumores e a desinformação (OPAS, 2020).

No Brasil, através de um plano de ação emergencial, o Ministério da Saúde (MS) definiu a comunicação em saúde um dos eixos fundamentais necessários para o enfrentamento da pandemia (Ministério da Saúde, 2020). Estados e municípios concordam que a definição e a operacionalização de estratégias de comunicação direcionadas para o esclarecimento coletivo são necessárias. No entanto, é importante que as condições sociais e objetivos dos indivíduos sejam levadas em consideração, de tal forma que orientações relacionadas ao discurso da mensagem, sua linguagem e o próprio meio de divulgação escolhido como canal variam conforme o perfil dos grupos populacionais. Este universo diverso de conteúdos e de audiência explica o fato de cada grupo de pessoas desenvolver, de uma maneira geral, diferentes entendimentos sobre a pandemia e sobre protocolos mais específicos ligados a ela.

As mídias são, e continuam sendo, no momento atual e atípico, importantes formadoras e educadoras sobre a realidade. O acesso às informações certas no tempo certo e no formato certo é essencial. Neste sentido, torna-se fundamental identificar as iniciativas que cumpriram (e ainda cumprem) este papel de canais de comunicação direta com as comunidades e seu contexto de desenvolvimento.

Neste sentido, o presente capítulo cumpre o objetivo de descrever as principais fontes de informações consultadas pela população para esclarecimentos sobre a pandemia de COVID-19 em 10 (dez) municípios do interior do Amazonas. O trabalho fez parte do estudo coordenado pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD / Fiocruz Amazônia), intitulado *"Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas"*.

Antes de apresentar os resultados a que se chegou a pesquisa, é oportuno compreender o conceito de comunicação de riscos e entender um fenômeno atual que preocupa a comunidade científica, líderes mundiais, empresas e diversos setores: a infodemia.

COMUNICAÇÃO DE RISCOS

De acordo com manual publicado em 2020 pela OPAS², voltado para apoiar a aplicação e o cumprimento de medidas de saúde pública não farmacológicas entre grupos em situação de vulnerabilidade, a comunicação sobre os riscos é um componente essencial nesse momento de pandemia, uma vez que determina a maneira como situações delicadas e problemáticas são comunicadas e

informadas à população.

No caso da pandemia de COVID-19, é necessário um plano de comunicação que oriente as pessoas sobre como proceder em relação aos diferentes problemas que surgem (ligados à saúde, à renda, à assistência etc.). Esse plano/guia deve levar em conta os costumes, o modo de vida das populações; cuidado que deverá se refletir não só na presença de informações específicas sobre a condição dos grupos, como também na linguagem e formato adotados. É necessário que este possua pertinência cultural (OPAS, 2020).

A escolha do meio por onde circulará o material também é decisiva. É recomendável, segundo a OPAS, aproveitar os canais de comunicação já existentes e frequentemente utilizados pelas famílias.

Quando esses fatores não são levados em consideração ocorre uma baixa compreensão das mensagens (ou falta de recebimento destas) e das medidas de saúde pública (farmacológicas ou não), além de descumprimento de orientações por falta de aceitação cultural.

Uma comunicação falha ou inexistente perturba a relação de confiança entre a comunidade e autoridades e gestores públicos. Líderes locais e comunitários podem enxergar a atitude como descaso e falta de reconhecimento do poder público para com as questões daquela área (OPAS, 2020).

Para fomentar o cumprimento das medidas de saúde pública é importante combiná-las a estratégias de comunicação de risco e mensagens adaptadas à realidade de cada grupo populacional.

Alguns caminhos de melhoria da comunicação (OPAS, 2020):

- Fornecer à população informações oportunas, regulares, precisas, fáceis de usar, apropriadas e confiáveis sobre a situação da pandemia e as medidas de saúde, incluindo o lugar de aplicação das medidas, e por quanto tempo permanecerão em vigor. As informações sobre as medidas devem ser atualizadas periodicamente e atender às diferentes necessidades da população;
- Transmitir as mensagens com regularidade por diferentes canais de comunicação (rádio, televisão, internet, mídias sociais etc.) adequados ao contexto da população e do território e adaptados para as pessoas com deficiência auditiva e visual;
- Implantar estratégias de comunicação de risco que garantam os direitos das pessoas, adotando mensagens claras e adaptadas à realidade dos grupos em situação de vulnerabilidade, incluindo as pessoas com deficiência e as populações indígenas, entre outros;

- Garantir a pertinência cultural das mensagens e adaptá-las às línguas e aos idiomas correspondentes de cada país;
- Trabalhar com pessoas influentes e com redes comunitárias locais para oferecer informações importantes;
- Monitorar e responder a boatos, perguntas e comentários por meio de canais confiáveis;
- Elaborar estratégias de comunicação para combater as informações falsas (infodemia) e o estigma social;
- Facilitar a participação da comunidade na elaboração das mensagens e fornecer informações oportunas aos líderes comunitários a fim de proteger as pessoas com COVID-19.

INFODEMIA

Se por um lado os meios midiáticos (internet, jornais, revistas, Tvs, rádio etc.) e as redes sociais (espaços virtuais de interação e conexão de pessoas ou organizações de acordo com interesses, valores) desempenha uma função essencial para a divulgação de informações relacionadas à pandemia, por outro lado elas também são capazes de deformar um discurso. Uma notícia errada, uma informação falsa, se amplamente difundida e visualizada gera um impacto maior do que se nada tivesse sido divulgado, pois já se considera existir uma reação sobre o que o destinatário viu, leu, ouviu. Muitas vezes essa reação é de aceitação. Portanto, corrigir algo que já fora apropriado, definido como verdade e replicado no cotidiano social é complexo e é tecnicamente impossível que a reparação cubra o universo exato de público que recebeu a primeira (e incorreta) versão de um fato.

A OMS, por meio de seu Diretor Geral, Tedros Adhanom Ghebreyesus, já declarou a existência de duas batalhas sendo travadas no contexto da pandemia: uma contra o vírus e a outra contra a infodemia. Em sua fala durante reunião realizada em 2020 com especialistas em política e segurança exterior, na Alemanha, o diretor destacou que as notícias falsas *"se propagam mais rápido e mais facilmente que o Coronavírus"* (Nações Unidas, 2020).

O termo, segundo a Academia Brasileira de Letras (2020), é formado pela união de info- (informação) e -demia (do grego dêmos - "povo" associado ao sufixo -ia, utilizado nos termos médicos). Em definição semelhante, a infodemia corresponde a *"uma superabundância de informação - verdadeira ou falsa - que torna difícil o encontro de fontes e orientações confiáveis quando necessário"* (Sharma et al, 2020).

Na era da informação, esse fenômeno é amplificado pelas redes sociais

e se alastra mais rapidamente, como um vírus (Zarocostas, 2020). Quando a oferta de conteúdos é imensamente maior que a procura, é necessário que as pessoas desenvolvam um filtro capaz de identificar o que é aproveitável ou não para suas vidas. Tomadas de decisões, posicionamentos políticos, refletem a base de dados construída dia após dia a partir das interações midiáticas e humanas que cada ser humano (criança, jovem ou adulto) tem. Esse “backup” é o que caracteriza a opinião. E é diretamente proporcional ao senso crítico: quanto mais atualizado um cidadão, maior será sua capacidade de filtrar o que é certo, errado, verdadeiro ou falso.

As informações falsas circulantes são conhecidas como fake news e prestam um desserviço à sociedade, pois atuam com propósito de desinformar: tratar, deliberadamente, informações com intenções maliciosas (Sharma *et al*, 2020).

Mas a desinformação não é apenas um problema de conteúdo; é também de transmissão. As consequências da propagação de fake news num mundo pandêmico toma proporções alarmantes considerando que a busca por atualizações sobre a COVID-19 na Internet cresceu de 50% a 70% em todas as gerações. Algo que pode afetar a saúde mental das pessoas, aumentando a sensação de insegurança em todos (OPS, 2020³). O distanciamento social certamente dificulta a capacidade de combater uma infodemia, especialmente à medida que os pontos de contato com vizinhos e pessoas do ciclo de amizade diminuem (MIT Technology Review, 2020).

Segundo estudo realizado pelo Centro de Informática em Saúde da Universidade de Illinois (Estados Unidos), no mês de março de 2020, cerca de 550 milhões de publicações feitas na rede social Twitter tinham os termos coronavirus, corona virus, covid19, COVID-19, covid_19 ou pandemic. Houve um aumento exponencial no volume de tuítes na época em que o confinamento começou na Itália, que atingiu um pico por volta do dia em que os Estados Unidos declararam que a pandemia havia se tornado uma emergência nacional. Do total de tuítes, 35% vieram dos Estados Unidos, seguidos pelo Reino Unido (7%), Brasil (6%), Espanha (5%) e Índia (4%). A distribuição por gênero foi quase igual, com um pouco mais de tuítes enviados por homens (55%). Com relação à idade, 70% de todos os tuítes foram gerados por pessoas com mais de 35 anos de idade. O segundo maior grupo (20%) era de crianças e adolescentes (menores de 17 anos). As hashtags relacionadas à pandemia mais usadas foram #Pandemic (pandemia) e #FlattenTheCurve (achatar a curva) (OPS, 2020³).

Grande parte das desinformações, conforme dados divulgados pela OPAS (2020³), no Guia sobre Infodemia e Desinformação na luta contra a COVID-19, se baseia em teorias conspiratórias; algumas inserem elementos dessas teorias em um discurso que parece convencional. Estão circulando informações imprecisas e falsas sobre aspectos da doença: como o vírus se originou, a causa, o tratamento e o mecanismo de propagação. A desinformação pode circular e

ser absorvida muito rapidamente, mudando o comportamento das pessoas e, possivelmente, levando-as a correr riscos maiores.

Finalmente, orienta o MIT Technology Review²⁰ (2020), não existe um sistema de entrega de comunicação perfeito. Portanto, é recomendável que governos, líderes, comunidade científica, órgãos públicos, entre outros, usem todos os meios disponíveis para enviar as mesmas mensagens ao público. Esta é a única maneira de evitar que os rumores preencham o vazio deixado por perguntas não respondidas.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, com dados obtidos mediante a aplicação de um questionário, nos meses de novembro e dezembro de 2021, a 10 (dez) apoiadores do projeto, residentes nos municípios de Tabatinga, Tefé, Boca do Acre, Carauari, São Gabriel da Cachoeira, Itacoatiara, Manacapuru, Manaus, Parintins, Humaitá, Iranduba e Presidente Figueiredo, todos localizados o estado do Amazonas.

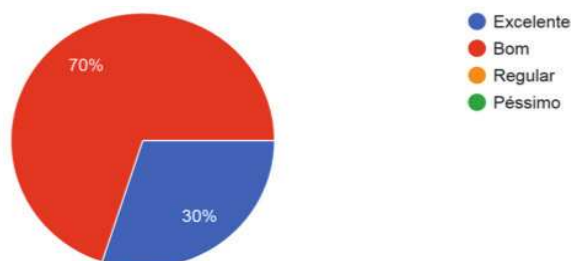
O instrumento foi aplicado aos participantes via plataforma digital (Google Forms) e foi estruturado com 16 perguntas, entre abertas e fechadas. Foi selecionado como amostra o público formado pelos apoiadores porque os mesmos vivem a realidade dos municípios de análise e também porque a maioria (80%) possui atuação na gestão pública de saúde de suas regiões, contribuindo para a confiabilidade e precisão das respostas.

RESULTADOS

As primeiras cinco perguntas dos questionários se referem a informações de ordem pessoal e voltadas para identificação dos participantes, como nome, formação e atuação profissional. Oitenta por cento da amostra confirmou vínculo com a área da saúde, destacando o campo da enfermagem a mais comum (30%). Somente duas pessoas não possuíam atuação na gestão pública de saúde do município que representavam, mas atuavam como apoiadoras do projeto.

Questionados sobre se a prefeitura dos respectivos municípios havia desenvolvido alguma estratégia de comunicação voltada para esclarecimentos e orientações sobre a COVID-19, 100% dos respondentes confirmou que sim. Inteirados dos planos de comunicação em andamento, a maioria dos apoiadores considera as iniciativas como bem-sucedidas. Enquanto uma parcela menor avaliou como “excelente” a política (Figura 57).

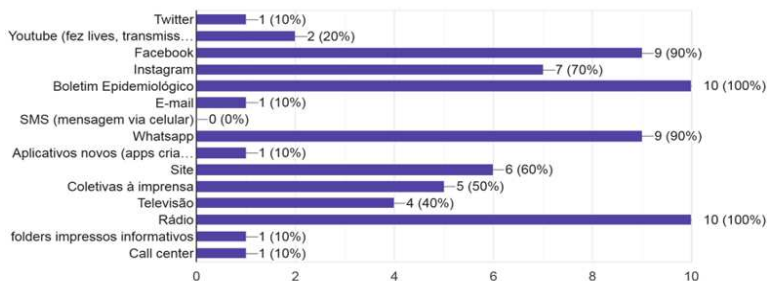
20 - Fundada no Massachusetts Institute of Technology em 1899, a MIT Technology Review é uma empresa de mídia independente, de projeção mundial, especializada em investigar as novas tecnologias e seus impactos comerciais, sociais e políticos.

Figura 57. Avaliação do plano de comunicação.

Fonte: Pesquisa de campo, 2022.

Como já fora comentado, uma estratégia de comunicação é constituída de várias ferramentas comunicacionais, escolhidas de acordo com o público, a mensagem, o objetivo da ação e as condições sociogeográficas²¹ da área. Dentre os instrumentos mais utilizados pelas gestões municipais dos 10 (dez) municípios estudados, o rádio e o boletim epidemiológico foram os principais.

Em segundo lugar, as redes sociais Facebook e Whatsapp aparecem como opções de interesse, seguidas da rede social Instagram, conforme detalha a figura 3 abaixo. Interessante destacar que a Televisão computou uma margem de apenas 40% na pesquisa, mesmo sendo um veículo presente na maioria das casas. Especula-se que valores altos de inserção na grade de programação (contratos publicitários entre as transmissoras e as prefeituras) e o custo da produção (que é maior, mesmo o tempo de exibição sendo curto) possam ter preterido este canal, dando espaço para outros avançarem, como as redes sociais.

Figura 58. Instrumentos e espaços de comunicação utilizados para divulgar informações sobre a pandemia.

Fonte: Pesquisa de campo, 2022.

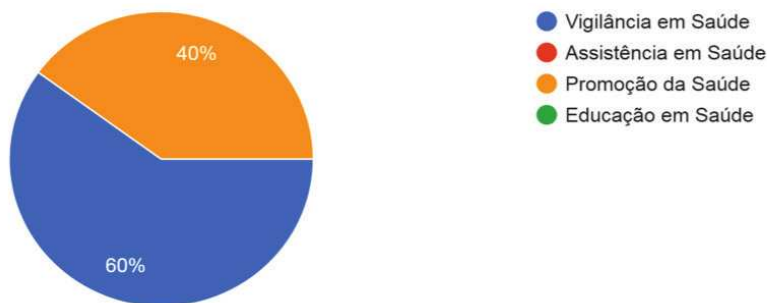
21 - Uma variável importante no contexto da comunicação na Amazônia, visto que o acesso à Internet e a qualidade da conectividade em algumas regiões é baixa ou inexistente.

A pesquisa comprova o crescente uso das mídias digitais (redes sociais e os canais digitais, como site, aplicativos etc.) como meios estratégicos para a comunicação com os públicos. Facebook, Instagram, Whatsapp, YouTube, Site foram as opções que se destacaram. Cada uma dessas ferramentas é administrada por alguém. Para se configurar uma política de comunicação pública, a ação precisa ter sido operacionalizada por meio de canais oficiais das prefeituras, ainda mais num contexto de insegurança devido à epidemia de fake news. No estudo de caso proposto, 100% da comunicação direcionada às comunidades foram oriundas de perfis oficiais, criados e gerenciados pelas seguintes secretarias municipais²²: Comunicação, Saúde, Vigilância em Saúde, e Controladoria Municipal.

Entre os principais temas abordados nos materiais, assuntos ligados à vigilância em saúde tiveram prioridade (Figura 59). Dentro desta área, em todos os 10 municípios, o assunto que ganhou maior destaque nos canais de informação foi a COVID-19. Delimitando esta temática, encontrou-se:

1. Vacinação (estatísticas, remessas, campanhas, datas e locais de vacinação etc.);
2. Boletins epidemiológicos (fluxos de atendimentos; monitoramento de casos novos, internações, altas etc.);
3. Contratação de profissionais;
4. Aquisição de material (EPI's etc.);
5. Orientações sobre medidas não farmacológicas (prevenção, protocolos).

Figura 59. Temas tratados nas postagens ou nos veículos por categoria temática.



Fonte: Pesquisa de campo, 2022.

22 - Aqui apresentadas segundo área de atuação.

De posse de um conjunto de instrumentos destinados a levar informação à comunidade, a pesquisa quis identificar junto aos participantes quais canais obtiveram maior resultado dentro da estratégia de comunicação estabelecida pelas prefeituras. Como se tratou de uma pergunta aberta, os comentários mais extensos, acompanhados de uma leitura crítica do questionamento levantado, seguem apresentados na íntegra abaixo:

“De acordo com a realidade do município foi a rádio local, pois é muito ouvida pela população e através da mesma também são divulgados dados epidemiológicos a respeito da COVID-19” (Apoiador 1).

“Whatsapp, pela ampla divulgação e rapidez no envio para muitas pessoas” (Apoiador 2).

“Redes sociais, a Rádio e TV tiveram um alcance maior” (Apoiador 3).

“Whatsapp, pois mostrou-se uma ferramenta de rápida e ampla divulgação em tempo real, na sede do município. Para os ribeirinhos foi a radiofonia local, usada para disseminar todas as informações veiculadas na sede” (Apoiador 4).

“Dentre os espaços digitais, o Facebook, por ser mais usual pela população, em comparação com o site oficial da prefeitura e o Instagram. Onde pode-se observar maiores interações” (Apoiador 5).

“Rádio, pois o acesso da população à internet no município é muito limitada e/ou inexistente. O rádio tem alcance mais global, principalmente na zona rural” (Apoiador 6).

“Divulgação através da rede social WhatsApp e Facebook, a demanda de compartilhamento em grupos teve um melhor resultado na expansão da comunicação” (Apoiador 7).

“Na página do Facebook e na Rádio do Município, uma vez que a população está cada vez mais conectada e ativa nas redes sociais e, na contramão disso, conseguimos nos comunicar com a população que não possui acesso à Internet [por meio do rádio]” (Apoiador 8).

Finalmente, a última pergunta relacionada à política de divulgação voltada para o esclarecimento da população dos 10 municípios sobre a pandemia de COVID-19 tratava de identificar estratégias de comunicação específicas para acessar grupos de moradores situados em áreas remotas, rurais ou sem acesso à Internet. Abaixo as respostas:

“Rádio, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e microscopistas que chegam aos lugares mais distantes” (Apoiador 1).

“Foram usadas ações de Educação em Saúde, com palestras educativas, distribuição de panfletos e folders orientadores sobre prevenção da COVID-19” (Apoiador 2).

“Rádio” (Apoiador 3).

“As equipes de saúde foram os maiores promotores de informações, considerando o isolamento geográfico e as especificidades do território. Também a parceria com as lideranças comunitárias e ACS nesses territórios” (Apoiador 4).

“Transmissões via radiofonia, cartilhas informativas nas diversas línguas/dialetos indígenas falados na região, informes através de banners e equipes volantes devidamente treinadas se deslocaram para as áreas do entorno do município” (Apoiador 5).

“Parte da população não tem acesso à internet, especialmente as populações ribeirinhas sendo os profissionais da saúde, em especial o ACS, os maiores veículos de informações nestes casos” (Apoiador 6).

“Entrevistas, divulgação de dados e formas de prevenção através da rádio, assim como informações levadas pelos ACS das comunidades” (Apoiador 7).

“Formaram uma equipe multidisciplinar e através do barco da saúde, realizaram visitas aplicando Educação e Promoção em saúde” (Apoiador 8).

“O uso da comunicação via rádio rural e o trabalho casa a casa através dos agentes comunitários de saúde” (Apoiador 9).

“A comunicação por meio dos enfermeiros das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) que se atualizavam diariamente e levavam para a comunidade” (Apoiador 10).

A inclusão digital ainda é um projeto em expansão no Amazonas. A relação entre as respostas acima e a Figura 59 explica esse universo diverso e complexo que é trabalhar a comunicação na região amazônica, onde há a presença (e ânimo) para o uso das tecnologias digitais (consideravelmente bem avaliadas pelos gestores de saúde) e ainda espaço para eleger meios tradicionais, como o rádio, para tornar efetivo e eficiente o contato. O resultado comprova a importância de se conhecer o público-alvo e planejar a ação de acordo com seu perfil.

CONCLUSÃO

A revisão teórica deste capítulo percorreu referências importantes e atuais que esclarecem o papel da comunicação social no contexto da pandemia de COVID-19, oportunizando uma reflexão mais detalhada sobre conceitos fundamentais, como o da comunicação de riscos, e novos, que é o caso da infodemia.

É possível concluir que o meio digital, atualmente, é um território propício para a transmissão de fake news, algo que tem fugido ao controle de empresas, governantes e da própria sociedade. Os prejuízos são inúmeros, principalmente porque a desinformação viralizada bate de frente com a divulgação de protocolos e medidas de enfrentamento oficiais, elaboradas pelos órgãos governamen-

tais, e que podem salvar vidas.

No Amazonas, estado de dimensões continentais, habitado por grupos sociais que vivem uma dinâmica de relações territoriais, políticas, ambientais e econômicas diversa e complexa, a comunicação sobre a pandemia ocorre segundo um sistema híbrido de divulgação, no qual o papel das redes sociais já está consolidado, mas divide a audiência com o rádio, ainda o veículo de maior penetração no estado.

Ao lado desses dois instrumentos, destaca-se também o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, que levam, de porta em porta, em primeira mão, informações atualizadas sobre medidas de prevenção nas mais diversas comunidades ribeirinhas do Amazonas. Ação está identificada pelos participantes deste estudo como prioritária e de alta eficiência no combate à COVID-19.

Avaliar a qualidade e a efetividade (feedback entre o público-alvo) das estratégias de comunicação adotadas nos 10 municípios estudados é uma necessidade. Por hora, esta pesquisa cumpre com o primeiro passo nesse processo investigativo, que é a identificação e descrição dos principais mecanismos de divulgação utilizados pela gestão pública no trabalho de esclarecer as pessoas em tempos de crise na saúde pública.

REFERÊNCIAS

Academia Brasileira de Letras. (2020). **Infodemia** [Internet]. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Letras [citado 20 nov 2020]. Disponível em: <https://www.academia.br/artigos/infodemia>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2020). **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

MIT Technology Review [Internet]. (s.d.). **Here's how social media can combat the coronavirus 'infodemic' (em inglês)**. Acesso disponível em <https://www.technologyreview.com/2020/03/17/905279/facebook-twitter-social-media-infodemic-misinformation/>.

Organización Panamericana de la Salud. (2020a). COVID-19 Consejos para informar. **Guía para periodistas**. Washington: OPS; 2020.

Organización Panamericana de la Salud (2020b). **Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19** [Internet]. 2020.

Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52955>

Organización Panamericana de la Salud (2020c). **Entienda la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19** Washington; OPS; 2020. 6 p. tab, illus. (Caja de Herramientas: Transformación Digital; Herramientas de Conocimiento, 9). (OPS/IMS/EIH/COVID-19/20-0006).

Organização das Nações Unidas. (2020). **La ONU contra la desinformación sobre el COVID-19 y los ataques cibernéticos** (em espanhol). Acesso disponível em <https://www.un.org/es/coronavirus/articles/onu-contra-desinformacion-COVID-19-ataques-ciberneticos>.

Sharma, D.C; Pathak, A; Chaurasia, R.N; Josh, D; Sing, R.K; Mishra, V.N. (2020). Fighting infodemic: need for robust health journalism in India. **Diabetes Metab Syndr.** 2020 Sep-Oct;14(5):1445-7

World Health Organization. (2020). **Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19)**. Geneva: WHO; 2020.

Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. **The Lancet**, 395 (10225), 676.

[illegible][illegible]

Sobre os Autores e Autoras

ORGANIZADORES

Alcindo Antônio Ferla

Graduado em Medicina (1996) e Doutorado em Educação (2002) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor associado na UFRGS. Professor permanente nos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFSM). Membro titular da comissão de recursos humanos e relações de trabalho do conselho nacional de saúde (CIRHRT/CNS). Editor da Editora Rede Unida. Atuação: ensino das profissões da saúde; educação permanente em saúde; modelagens tecnoassistenciais em saúde; trabalho em saúde; participação social em saúde e políticas públicas; saúde coletiva. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Ana Elizabeth Sousa Reis

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas. Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde e Saúde Mental, álcool e drogas. Mestrado em Condições de vida e situações de saúde na Amazônia. Instituição Leônidas e Maria Deane- Fiocruz Amazônia. Bolsita pela FAPEAM- Fundação de amparo à pesquisa do estado do Amazonas. E-mail: anareis85@hotmail.com

Júlio Cesar Schweickardt

Graduado em Ciências Sociais (UFAM), Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia (UFAM), Doutorado em História das Ciências e da Saúde (COC/Fiocruz). Pesquisador e chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/Fiocruz Amazônia. Coordenador do Mestrado Profissional Saúde da Família - PROFSAÚDE. E-mail: julio.ilmd@gmail.com

Sônia Maria Lemos

Graduação em Psicologia (UPF). Doutorado em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Professora Adjunta e pesquisadora da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Professora do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas (PPGSC/UEA). Professora do Mestrado Profissional Saúde da Família - PROFSAÚDE/UEA. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/Fiocruz Amazônia. Bolsista FAPEAM. E-mail: slemos@uea.edu.br

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Graduação em Serviço Social. Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Doutorado em andamento em Saúde Pública na Amazônia - ILMD/Fiocruz Amazônia. Mestra em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Pesquisadora do LAHPSA/Fiocruz Amazonia. E-mail: thalita.neves@pmm.am.gov.br

AUTORES E AUTORAS

Adriana Lopes Elias

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas. Mestrado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Especialista em Saúde na Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. E-mail: adriana.loelias@gmail.com

Ana Paula Cappellari

Farmacêutica, Especialista em Saúde Coletiva, Mestranda em Saúde Coletiva (PPGCol/UFRGS). E-mail: anapcappe27@gmail.com

Angela Xavier Monteiro

Graduada em odontologia, possui doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo. Professora adjunta do curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: axmonteiro@uea.edu.br

Camilla Maria Nery Baracho de França

Mestranda em Saúde da Família - ILDM/Fiocruz Amazônia. Cirurgiã-dentista da atenção básica do município de Presidente Figueiredo - AM. E-mail: camillafranca.odo@hotmail.com

Carlos Gabriel de Souza Soares

Graduando em Medicina - UEA/ESA. E-mail: cssoaresg@gmail.com.

Clerton Rodrigues Florêncio

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas, (UFAM). Graduado em Direito pela Universidade do Estado do Amazonas, UEA. Especialização em Saúde Coletiva/Saúde da Família, Centro Literatus. Secretário Municipal de Saúde de Parintins. Amazonas. E-mail: clerton40pin@gmail.com

Cristiane Ferreira da Silva

Graduada em enfermagem, especialista em saúde pública com enfoque em saúde indígena/Ufam, Sisvan/ Fiocruz, gestão em saúde/Unifesp. Especialização em vigilância em saúde na rede de atenção primária pela Fiocruz em andamento.

Mestranda PPGVIDA- ILM D FIOCRUZ/Amazônia. Responsável Técnica em Saúde da Mulher DSEI ARS. E-mail: crisenf2001@yahoo.com.br/ cristiane.silva@saude.gov.br

Dayane Caroline Sampaio Café

Graduação em Enfermagem. Pós-graduação em Perícia Criminal e Ciências Forenses. Pós-graduação em Docência do Ensino Superior. Gerente de Endemias pela Secretaria de Saúde Municipal de Tefé. E-mail: dayane_cafe@hotmail.com

Diana Andreza Rebouças Almeida

Graduada em Serviço Social. Mestranda em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas- UEA. Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. E-mail: dianandreza@gmail.com

Elaine Pires Soares

Graduada em Biologia, Especialista em Saúde Pública, Mestre em Biotecnologia e Recursos Naturais da Amazônia. Coordenadora da Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, Amazonas. E-mail: sarkiselaine_love@hotmail.com

Fabiana Mânica Martins

Doutora em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Programa Multi-institucional em parceria da UFAM com o Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane (CPqLMD-FIOCRUZ). Especialista em Gestão de Políticas Públicas da Saúde e em Educação Permanente em Saúde em Movimento (EPS em Movimento). Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões/Campus Frederico Westphalen/RS. Docente na Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amazonas - UFAM e Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/FIOCRUZ/AM. E-mail: fabianamanica.m@gmail.com

Fabiane Vinente dos Santos

Doutora em Antropologia Social (Unicamp) e Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia (UFAM). Técnica em Saúde Pública e Pesquisadora no Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Membro do corpo docente no Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE. Desenvolve trabalhos nas áreas de Sistemas de conhecimento ameríndios, Saúde e Migração, Políticas Públicas de saúde, Gênero, Saúde indígena, Etnologia indígena e Militarização de terras indígenas. E-mail: vinente@gmail.com

Gabriel Romero

Graduando de Medicina na Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: gr.med19@uea.edu.br

Gabriela Duan Farias Costa

Graduação em Serviço Social. Mestrado em andamento no Programa de Pós-Graduação em Situações de Saúde e Condições de Vida (PPGVIDA/Fiocruz Amazônia). Agente Administrativo na Fundação Hospital Adriano Jorge. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia. E-mail: gabrieladuan@gmail.com

Giovana Nogueira Torres

Graduanda de enfermagem na Universidade do Estado do Amazonas E-mail: Gnt.enf17@uea.edu.br

Grace Soares Costa

Jornalista profissional, professora da Faculdade de Informação e Comunicação (FIC), da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Mestre em Sociedade e Cultura da Amazônia (UFAM). E-mail: gracesoares@ufam.edu.br

Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos

Graduação em Enfermagem. Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia, PPGCASA/UFAM, pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) Doutoranda em Saúde Pública na Amazônia - ILMD/Fiocruz Amazônia. E-mail: izicaterini@outlook.com.

Jackeline Cristina Duque Ocampo

Psicóloga graduada da Fundação Universitária Konrad Lorenz, Diplomada em Novas Tendências de Talento Humano, Mestranda PPGVIDA- ILMD FIOCRUZ/ Amazônia. Lidera o Sistema de Responsabilidade Penal de Jovens e Adolescentes em Leticia Colombiana de Bem-estar Familiar. E-mail: jacky0421@gmail.com.

Jesse Moares de Oliveira

Graduando em Serviço Social pela Universidade Federal do Amazonas. Discente do Programa de Iniciação Científica do ILMD FIOCRUZ/Amazônia. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM. E-mail: jesseoliveira411@gmail.com.

Joana Maria Borges de Freitas Silva

Graduada em Licenciatura Plena em Ciências Biológicas pela Universidade Nilton Lins. Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Doutoranda em Saúde Pública na Amazônia - ILMD/Fiocruz Amazônia. Colaboradora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia. E-mail: joana.borges.freitas@gmail.com

João Lucas da Silva Ramos

Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas- UFAM, Pós-graduando em Saúde Pública pelo ILMD - Fiocruz Amazônia; Pós-graduando em Gestão em Saúde (UAB/IFAM), Representante Norte no Fórum de Direitos Humanos, Diversidade, Equidade de Raça e Gênero da Associação Rede Unida, Psicólogo, Terapeuta Comunitário e Apoiador Institucional da RAPS na SEMSA de Iranduba-AM. E-mail: jlucasnilo@gmail.com Joana Maria Borges de Freitas Silva

Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt

Graduada em Agronomia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (1990) e em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Amazonas (1997). Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (2001). Doutora em Sociologia e Antropologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2010). Docente Associada do Departamento de Ciências Sociais e do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas. E-mail: katiahelena@ufam.edu.br

Kátia Lima de Menezes

Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical do Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Mestra em Sociedade e Cultura na Amazônia e graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Amazonas (1989). É Tecnologista do Instituto Leônidas e Maria Deane - FIOCRUZ/AM. E-mail: katia.lima@fiocruz.br

Klaus Estivens Lima Salazar

Graduado em Biologia, com Epísis Fundamental em vigilância epidemiológica de campo pelo MS, especialização em vigilância em saúde na rede de atenção primária pela Fiocruz em andamento, e Coordenador de Vigilância Epidemiológica de Tabatinga.

Luene Silva Costa Fernandes

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialista em Educação Permanente na Gestão Regionalizada do SUS no Amazonas pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD- FIOCRUZ Amazônia). Mestranda em Saúde da Família- PROFSAÚDE - ILDM/Fiocruz Amazônia. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, Amazonas. E-mail: luene21costa@gmail.com

Manuel Barbosa de Lima

Graduado em Ciências Políticas, Pedagogia e Serviço Social, especialista em Saúde Pública e Gestão Pública. Atualmente é vereador licenciado do município de Boca do Acre e exerce a função de Secretário Municipal de Saúde além de ser vice Presidente do COSEMS. E-mail: pacobkx@hotmail.com

Márcia dos Santos Saraiva

Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Amazonas-UEA, especialista em Saúde e Segurança do Trabalho. Atualmente é coordenadora do Programa Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Boca do Acre. E-mail: marcia.saraiva10@hotmail.com

Marcus Vinícius Marcellini Silveira Ribeiro

Graduado em medicina é professor e pesquisador. Concluiu o programa de residência em medicina de família e comunidade pela Universidade de São Paulo. Mestrando na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Atua como professor e preceptor, principalmente nas áreas de medicina de família e comunidade, saúde coletiva e saúde mental. Professor na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: vinisilmarcelini@gmail.com

Maria Adriana Moreira

Graduada em Enfermagem. Especialista em Gestão e Auditoria em Sistemas e Serviços de Saúde. Atua como Secretária Municipal de Saúde de Manicoré, AM. Membro do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/Fiocruz Amazônia. Trabalha na SEMSA Manicoré desde janeiro/2021. E-mail: adrianamoreira2005@yahoo.com.

Michele Rocha El Kadri

Psicóloga sanitária. Mestre em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (2013). Doutoranda em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Pesquisadora em Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD - Fiocruz Amazônia). Membro do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA). E-mail: michele.kadri@fiocruz.br

Naiá Leide Monteiro de Souza

Graduanda de enfermagem na Universidade do Estado do Amazonas, bolsista de iniciação científica pela Fundação de amparo à pesquisa do estado do Amazonas - FAPEAM. E-mail: nlmds.enf19@uea.edu.br

Naila Mirian Las-Casas Feichas

Graduação em Medicina pela Universidade Federal Fluminense – UFF. Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Especialista em Antropologia da Saúde pela ILMD/Fiocruz Amazonas. Mestre em Saúde da Família pelo PROFSAUDE. Médica de Família e Comunidade na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. E-mail: naila@feichas.pro.br

Paulo Mendonça Xavier de Mendonça

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e mestrado em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutor em Medicina pelo programa de Clínica Médica da UFRJ. Professor adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente colaborador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IESC. Foi Diretor-Geral do INCA - Instituto Nacional do Câncer em 2015. Coordenador da Área de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde do IESC/UFRJ. Membro do Conselho Deliberativo da ABRASCO, triênio 2021-2024. E-mail: pauloexm@gmail.com

Rafaela Pantoja Cavalcante

Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins.

Raimundo Maia Ricardo Márcio Berger

Graduado em Odontologia, Mestrando em Saúde da Família ILMD Fiocruz/Amazônia. Cirurgião-Dentista na Secretaria de Saúde do Amazonas. E-mail: ricardoberger83@gmail.com

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Graduação em odontologia. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). Doutor em Saúde Pública (Fiocruz). Coordenador do Programa de PósGraduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA). E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com

Solane Pinto de Souza

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas- UEA. Mestre em Saúde Pública pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD- FIOCRUZ Amazônia). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, Amazonas. E-mail: solane_souza@hotmail.com

Tânia Aparecida de Araújo

Graduada em Nutrição. Doutora em Saúde Pública – FSP/USP. Professora no Centro Universitário de Patos de Minas. Pesquisadora do LAHPSA/Fiocruz Amazonia. E-mail: tania.saudepublica@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5894-8695>

Victória de Assis Silva

Graduanda de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas- UEA. E-mail: vas.enf17@uea.edu.br

Viviane Lima Verçosa

Graduação em psicologia, Pós-graduação em Psicopedagogia, Pós-graduação em

Saúde Indígena. Mestranda no PPGVIDA/ILMD/Fiocruz Amazônia. Consultora em Primeira Infância Ribeira na Fundação Amazônia Sustentável - FAS. Pesquisadora do LAHPSA/Fiocruz Amazônia. E-mail: vivianevercosa@hotmail.com

William Pereira Santos

Biólogo. Citologista. Especialista em Citologia Clínica. Citotécnico pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, RJ) em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-7858-8671>.

e-livr@

SUSTENTABILIDADE
editora **redeunida**

A Editora Rede UNIDA oferece um acervo digital para acesso aberto com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso gratuito às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parcerias e doações.

Para a sustentabilidade da Editora Rede UNIDA, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha “e-livro, e-livre”, de financiamento colaborativo. Acesse a [página](#) e faça sua doação.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a [Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA](#).

editora



redeunida

editora.redeunida.org.br

A questão que mobiliza um grupo de pesquisadores, alunos, trabalhadores e gestores é a possibilidade e a responsabilidade de fazermos perguntas: por que pesquisar as transformações produzidas pela COVID-19 na vida dos usuários da Atenção Básica nos municípios amazonenses? Quais as estratégias dos municípios no enfrentamento da pandemia? Que ideias mobilizaram os gestores, e usuários para fazer frente ao problema? Quais os efeitos na vida dos trabalhadores e das pessoas? como se produziu a resiliência diante de tanta destruição produzida pelo vírus? Perguntar ao contexto é a primeira e mais autêntica expressão da pesquisa, especialmente quando se trata de uma pesquisa na Amazônia, nas nove regiões de saúde e nas mais diferentes realidades e situações. Assim, desejamos que esta coletânea de textos, produzidas a muitas mãos, corações e mentes movidos pela saúde coletiva, contribua com o enfrentamento da pandemia e afirme veementemente que o SUS é a maior resposta à saúde e à esperança de vida.

Boa leitura!

